dela Garza (M. M)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

GINECOLOGIA

BREVE ESTUDIO

SOBRE

LA CASTRACION DE LA MUJER

TESIS

PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR

EN EL

EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y PARTOS

POR

MANUEL MARIA DE LA GARZA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México
Practicante
del Hospital "Morelos" y del Consultorio general de la Beneficencia Pública.



MEXICO

TIPOGRAFIA LITERARIA DE FILOMENO MATA
San Andrés y Betlemitas 8 y 9, Esquina.
1887.

Profesor J. M. Bandera.
Sinodal propietario

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

GINECOLOGIA

BREVE ESTUDIO

SOBRE

LA CASTRACION DE LA MUJER

TESIS

PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR

EN EL

EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y PARTOS

POR

MANUEL MARIA DE LA GARZA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México,
Practicante
del Hospital "Morelos" y del Consultorio general de la Beneficencia Pública.



MEXICO

TIPOGRAFIA LITERARIA DE FILOMENO MATA
San Andrés y Betlemitas 8 y 9, Esquina.
1887.

A mis amados Padres.

A mis queridos Hermanos.

Al Señor General de Division

Gerónimo Treviño.

Débil muestra de intensa gratitud.

Al distinguido ginecologista

Profesor Nicolás San Juan,

A cuyo lado he hecho mi práctica en el Hospital "Morelos"

Gratitud y respeto.

Al eminente Profesor de Patología interna,

Doctor

Maximiliano Galán

Homenaje de admiracion á sus profundos conocimientos.

A mis sabios Maestros

Los Señores Doctores

R. Lavista y F. de P. Chacon

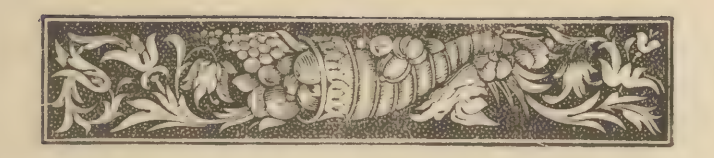
Su discípulo agradecido.

A los inteligentes y estudiosos

Doctores

José Ramos y Francisco Hurtado.

Testimonio de agradecimiento por la amistad con que me han honrado.



EL desarrollo verdaderamente considerable que en los últimos años ha adquirido la Ginecología, ha hecho que el dominio de esta parte de las Ciencias Médicas se extienda de tal modo, que se necesitaria mucho tiempo y mayor atencion para ponerse al tanto de la bibliografía ginecológica moderna, muy especialmente en lo relativo á la parte operatoria, cuyos progresos no pudieran ser más rápidos y más satisfactorios.

Esto puede explicarse, en mi concepto, por las recientes conquistas que la ciencia ha alcanzado sobre la antisepcia quirúrgica. Los conocimientos que hoy poseemos sobre la naturaleza de los venenos sépticos, tan justamente temidos por los cirujanos y sobre los medios de impedir sus desastrozos efectos, por el empleo metódico y racional de la curacion imaginada por Lister, y modificada despues segun los casos; estos conocimientos, repito, hacen que con buen éxito se puedan emprender muchas operaciones, consideradas ántes de tal manera graves, que sus resultados eran fatales en la mayor parte de los casos; así es como la cirujía abdominal ha llevado á

cabo en nuestros tiempos, empresas de tal modo difíciles, que en otras épocas se hubieran juzgado de temerarias; así es como la parte intra-peritoneal de los órganos genésicos de la mujer, ha podido ser operada sin los graves inconvenientes que anteriormente se tenian, no obstante la necesidad de abrir la temida serosa abdominal.

Justo es tener en cuenta tambien, que la atencion de los hombres de ciencia, no se habia fijado con el mismo empeño en la ginecología, como en otros ramos de la medicina. Aún en la actualidad, la Francia por ejemplo, que tanto ha sobresalido y con justicia, por sus progresos en otro género de estudios médicos, ha visto sin que pueda decirse por qué, la ginecología, con ménos predileccion y empeño, notándose una diferencia muy sensible entre los perfeccionamientos alcanzados en aquella nacion sobre la materia que nos ocupa y otros países que como Alemania, los Estados Unidos é Inglaterra, han dirigido sus esfuerzos desde hace tiempo al engrandecimiento de esta importante rama de la medicina.

En la actualidad se hace sentir entusiasmo por los estudios ginecológicos en todas partes, y bien puede asegurarse que la ginecología moderna apénas si conserva una ligera semejanza con la antigua, particularmente en el manual operatorio que se ha modificado por completo.

Entre los últimos progresos, uno de los más notables es el que se refiere á las operaciones practicadas en el ovario, y entre éstas, es la castracion la que me ha servido como punto de tésis, y esto por varias razones. Aún cuando se haya indicado la posibilidad de practicarla desde hace mucho tiempo; aún cuando se haya practicado alguna vez con mayor ó menor habilidad; no obstante, debe conside-

rarse como una operacion muy moderna, pues en estos últimos años se han trazado minuciosamente las reglas operatorias que á ella se refieren, y se han dictado sus indicaciones en los casos de padecimiento nerviosos acompañados de crueles neuralgías, en los accesos de hístero-epilepsía ovárica, sin alteracion de tal manera grave en el ovario, que fuera por sí sola indicacion suficiente para la extirpacion de este órgano, en ciertas afecciones propias del ovario, en algunas del útero, y en las atresias útero-vaginales, como lo veremos en la parte correspondiente de este modesto trabajo.

La operacion á que me refiero designada por los primeros gineconologistas con los nombres de *ovariotomía normal, oforectomía, operacion de Battey, operacion de Hegar*, etc., difiere esencialmente de la ovariotomía propiamente dicha, en que en ésta se extirpa un ovario de tal manera enfermo, que su alteracion en sí misma justifica suficientemente su extirpacion, miéntras que en la castracion, no es la alteracion ovárica por sí sola sino las consecuencias que origina aún cuando sea en sí misma insignificante, la que obliga á estirpar aquel órgano, á fin de remediar ciertos padecimientos que hasta hace poco se tenian por incurables.

Las circunstancia de haber visto ejecutar con éxito la castracion por el hábil ginecologista mexicano, Señor Profesor San Juan; la de que el asunto es de verdadera actualidad y lo difícil que es reunir en un momento dado todos los datos bibliográficos que á esta importante materia se refieren, me han hecho creer que seria de alguna utilidad presentar agrupadas las más importantes ideas que en el estado actual de la ciencia se admiten ssbre el punto que me ocupa.

Si mi trabajo está desprovisto de mérito, es cuando ménos una prueba de mi buena voluntad por el estudio y de mis vehementes deseos por el progreso de nuestra medicina nacional, que aún cuando muy jóven, cuenta ya con hechos bien importantes, como los que citaré en el curso de esta tésis; es de esperarse que nuestra Facultad, que tiene en su seno personas tan competentes y estudiosas, se ponga muy en breve á la altura que por sus méritos le corresponde. Si este pequeño ensayo es visto por mis ilustrados jueces, como una muestra de empeño y de celo científico, quedarán satisfechos mis deseos.

Manuel M. de la Garza.

HISTORIA.

En la antigüedad se extirparon los ovarios por motivos diversos segun el dicho de varios autores. Gyges rey de Lidia mandaba practicar la castracion en las mujeres de su harem con el fin de conservarles la belleza. El rey Andramystes no admitia en su serrallo otros eunucos que las mujeres castradas.

Despues la operacion se hizo con un fin más laudable, del todo moralizador, para reprimir la lascivia en las mujeres. Un tocinero húngaro, segun Vierus, indignado por los desórdenes y locuras de su hija, quitó á esta los ovarios de la misma manera que lo hacia con las hembras de la raza porcina.

Plater, (1641), no dudaba que fuese posible quitar los ovarios á las mujeres que se hallaban dominadas por exitaciones genésicas.

Se siguió practicando por varias causas. Pott, (1771), quitó los ovarios á una mujer que tenia en

la ingle de cada lado un tumor doloroso que perturbaba los movimientos de los miembros inferiores. Esta mujer curó y no volvió á ver su menstruacion. Poco tiempo despues Esmarch hizo otra operacion en circunstancias muy parecidas.

Kœberl, (1869), para mantener un útero retrovertido en su posicion normal, tuvo que quitar un ovario con el fin de fijar el ligamento ancho en los bordes de la herida abdominal.

Otros autores, y por distintos motivos, han quitado los ovarios sanos ó alterados sin haber comprendido en sus ideas, la importancia que más tarde se ha venido dando á los ovarios en la operacion que debe con justicia, segun algunos, llevar los nombres de Hegar y Battey.

Por último, Sir James Blundell, en una comunicacion dirigida en 1823 á la Sociedad Real de Medicina y Cirujía de Lóndres, se expresa así: "Las dos trompas pueden ser seccionadas; se pueden quitar los quistes del ovario, los ovarios sanos, el útero puerperal y canceroso, las paredes de la vejiga del bazo. La extirpacion de los ovarios sanos, debe ser considerada como un medio de tratamiento activo en los casos de dismenorrea grave, de hemorrágia mensual, que resultan de un útero en inversion, cuando la extirpacion de este órgano está contra-indicada."

Esta última proposicion quedó sin eco y aún parecia completamente olvidada, cuando el 17 de Julio de 1872, Hegar, de Fribourg en Brisgau, practicó la ablacion de los ovarios, por seccion abdominal, en presencia de Kaltembach, Müller y Hüffel, con el fin de suspender la funcion ovariana en una mujer de 27 años afectada de dismenorrea y de neuralgía de los ovarios. Estos presentaban una degeneracion

del estroma con numerosos y pequeños quistes (ovaritis quística). La operada murió de peritonitis.

Casi un mes despues, el 17 de Agosto, con el mismo fin y sin tener noticia de la operacion de Hegar, Battey, de Roma en Georgia practicó la misma operacion en una mujer de 30 años, amenorreica que sufria de un violento molímen menstrual con inflamacion recurrente del tejido celular pélvico y del peritoneo. La operada curó y se restableció pronto.

Lawson Tait, de Birmingham, como loc onfirma Emmet, quitó, el 1º de Agosto del mismo año, los dos ovarios para detener una hemorragia mensual inagotable en una mujer de 40 años, que llevaba un mio–fibroma. El éxito fué completo, y dos años despues de la operacion, la enferma se encontraba bien.

Estos cirujanos no tardaron en tener numerosos imitadores en los Estados Unidos, Inglaterra y Alemania, y á un grado tal, que puede decirse que en estos países el entusiasmo por la castracion no tiene límites.

En Italia fué aceptada y practicada en 1880. Peruzzi, Franzolini y Chiara la practicaron por distintos motivos. Los dos primeros por accidentes hístero-epileptiformes y el tercero por fibroma-uterino. Los resultados fueron favorables.

En Francia los cirujanos permanecieron mucho tiempo indiferentes y solo cuando se convencieron del valor y la utilidad de la operacion fué cuando la adoptaron.

Duplay hizo la primera castracion en Noviembre de 1880, por fibromioma uterino que determinaba hemorragias incoercibles. La operada murió á los 11 meses, de mal de Bright. En 1884 prácticó otra vez la operacion por el mismo motivo: esta alcanzó un buen éxito.

Pean ha hecho, desde el año de 1882, diez operaciones con éxito operátorio, y en su mayor parte definitivo, en casos de ausencia congénita del útero y de la vagina, de retroflexion uterina y de dismenorrea con neuralgías atroces.

Terrier, en 1884, y Pozzi en 1886, practicaron cada uno una operacion, el primero por fenómenos hísteriformes y el segundo por ovaritis crónica.

Én cuanto á lo que se ha hecho en México, vamos á exponerlo. El Dr. San Juan fué el primero que en 1886 hizo su primera operacion, en un caso de ovario-salpingitis crónica, que determinaba fenómenos dismenorreicos sérios.—La segunda operacion fué practicada en Enero próximo pasado en una enferma que llevaba una lesion complexa de los ovarios ovaritis-quistica de un lado y del otro un quiste tuvo-ovárico. Las dos operaciones fueron seguidas de éxito.

INDICACIONES.

Antes de pasar adelante, aunque ligeramente, entraremos en algunas consideraciones sobre el papel de los ovarios en el organismo, que fué lo que sirvió de base para la concepción de la operacion que nos ocupa.

El aparato genital, como cualquier otro de la economía, tiene sus funciones que llenar; pero á diferencia de la generalidad, éstas se manifiestan solamente en cierto período de la vida. Este período que constituye la vida genital tiene su principio en la pubertad y termina en la menopausa, en la que no solamente se pierden los atributos funcionales, sino tambien los patológicos.

Pasada la menopausa, los órganos de la generacion van perdiendo sus caracteres físicos; el útero disminuye de volúmen y tiende á desaparecer, la vagina y los grandes lábios pierden su tonicidad y aun estos últimos se hacen más pequeños. Pero á la vez que esto pasa en los órganos á que nos referimos, en los ovarios como en las trompas, se tiene una atrofia tan marcada, que en muchos casos con dificultad se puede encontrar en las autopsias

de mujeres avanzadas los vestigios de dichos órganos.[1]

Si en la edad crítica el útero tiende á perder su ser, se comprenderá fácilmente que los desórdenes que en él tienen su sitio, tiendan igualmente á desaparecer. Esta proposicion que ès general, tiene sus excepciones, sobre todo para el cáncer que en esta época se desarrolla de preferencia; para los mio-fibromas particularmente, es clara; pues á medida que el útero se atrofia, el tumor se esclerosa y degenera, no siendo despues más que un cuerpo inerte. Las crísis dismenorreicas terminan igualmente en esta edad.

Los estados nerviosos hístero-epileptiformes se calman y aún desaparecen cuando se camina á la vejez. Algunas veces se ve en la edad crítica nacer las histerias como otros estados de sobrexitacion nerviosa.

Además de estos hechos relativos á la patología de los órganos genitales, hay otros que demuestran plenamente el predominio funcional de los ovarios sobre el útero, que es de capital interés en el asunto de que tratamos.

En las anomalías de desarrollo del aparato genital, se ha observado que cuando los ovarios faltan, la regla casi sin excepcion, es que hay juntamente ausencia completa ó desarrollo muy rudimentario del útero y de la vagina. La recíproca no es verdadera.

El hecho de que el poder de la concepción se pierde muchos años antes de la edad crítica, prueba evidentemente que la regresión del ovario, precede

1. Segun Boinet, los ovarios en las mujeres avanzadas en edad se atrofian de tal manera, que no se encuentra ningun vestigio de ellos y solo los vasos indican el lugar que ocupaban.

y ordena la del útero como la de la vagina y los plexus vasculares pélvicos.

Por último, pudiéramos citar la estrecha relacion de la menstruacion y la ovulacion.

Aunque en estos últimos tiempos la teoría de Negrier y Raciboski, haya sido combatida rudamente por Beigel y Sinety, la relacion directa entre el funcionamiento del ovario y la menstruacion, es siempre un hecho innegable para la mayor parte de los ginecólogos y fisiologistas; y por nuestra parte creemos, que la menstruacion sin ovarios no puede tener lugar.

Los hechos de menstruacion despues de una oforectomía ú ovariotomía doble, son atribuidos á que han quedado en el pedículo restos de tejido ovárico despues de la operacion, ó á la existencia de un ovario accesorio, lo que no es raro. Se han observado mujeres que se han hecho embarazadas despues de haber sufrido estas operaciones.

Algunas veces sucede que la menstruacion no se suspende del todo inmediatamente despues de la operacion, y se ve aparecer en intervalos variables un escurrimiento sanguíneo, lo que sería segun ciertos autores el resultado de accesos congestivos ligados á una especie de hábito funcional. Es necesario no considerar estos escurrimientos como constituyendo verdaderas reglas; serian más bien comparables á las epístaxis, *metrostáxias* de Spencer Wells.

Resulta de lo expuesto, que en ciertos estados patológicos lo que se desea es la menopausa, y es por la *ablacion de los dos ovarios*, por la que los adeptos á la operacion de Hegar y Battey intentan realizarla.

Juzgamos oportuno formular aquí los preceptos generales de conducta operatoria, que nos han de guiar en lo que inmediatamente vamos á exponer.

1º Para intentar la castracion, es necesario que los padecimientos que se trata de remediar sean del aparato genital, ó esten íntimamente ligados á las funciones ováricas, con tal de que la menopausa no haya pasado y de que no esté muy próxima.

2º Que la enfermedad ponga la vida en peligro, ya porque pueda determinar la muerte en un corto plazo, ó porque sea capaz de producir una enfermedad de larga duracion que se desarrolle sin cesar y quite todo bienestar.

3º Es necesario aún, que se hayan puesto en práctica todos los medios terapeúticos capaces de determinar la curacion ó una mejoría notable y persistente, y solamente seguros de su ineficacia intentar la castracion.

Pero aun cuando estas circuntancias concurran, es indispensable, porque la operacion es grave, que la vida no se encuentre seriamente comprometida por una enfermedad, que preste muy pocas ó ningunas probabilidades de éxito.

Una medida de prudencia y que es seguida por la mayor parte de los operadores es, no decidirse á la operacion siempre que haya una inflamacion reciente y aguda del útero y zona peri-uterina. Sin embargo, Spencer Wells en presencia de tales casos, no vacila en suprimir quirúrgicameute la causa de la irritación; y Lawson Tait á quien no le merece ningun respeto la gran serosa, abre el vientre aun cuando la causa de la irrritacion le sea desconocida, con el fin de buscar y suprimir el orígen del mal.

Hegar recomienda explorar los ovarios, y solamente despues de definir bien sus relaciones, emprender la castracion. Esta regla no es aceptada por la mayoría de los cirujanos. Schrœder, Tauffer y Pean, declaran que si bien puede tener sus ventajas

el conocer de antemano la situacion y relaciones del ovario, esto no es del todo indispensable, ni mucho ménos posible en determinados casos.

Despues de esto, expondremos las indicaciones en el órden siguiente:

1º En las perturbaciones nerviosas con neuralgías atroces y en las crísis hístero-epileptiformes de orígen ovárico: cuando no haya una lesion manifiesta, que por sí sola pudiera indicarla.

2º En las enfermedades del ovario.

3º En las enfermedades del útero y atresia útero-vaginal

Dismenorrea neurálgica y crísis hístero-epileptiformes.

Las lesiones de los órganos genitales, por muy insignificantes que sean, dan lugar algunas veces y sin que se sepa la razon, á síntomas nerviosos y dolorosos que suelen traducirse por dolores agudos y violentos irradiados en el hipogastrio y la pelvis y por ataques convulsivos muy semejantes á los ataques de grande histeria.

Estos síntomas existen y son más notables cuando los órganos de la generacion son sobrexitados, el embarazo, etc. En el intervalo de las reglas se observa solamente el dolor y las sensaciones penosas desagradables.

No es raro que las nevrosis constituyan el solo y el más importante de los padecimientos que aquejan á las enfermas. La intensidad de los desórdenes nerviosos no siempre está en relacion con las lesio-

nes locales; éstas pueden ser insignificantes y aun pasar desapercibidas, mientras que la histeria está perfectamente constituida, lo que es atribuido á que el hábito histérico ha sido establecido sólidamente por accesos anteriores.

Quizá por esto no falta quien ponga en duda y aun niegue la relacion que hay entre las funciones de la ovulacion y los accidentes convulsivos. Esta negacion no tiene razon de ser. Las investigaciones de Piorry, Romberg y Charcot sobre esta materia, prueban hasta la evidencia la correlacion que existe entre el ovario y ciertos accidentes hístero-epileptiformes.[1]

La histeria conocida por Barnes con el nombre de *oforia* aparece de preferencia en la pubertad; las perturbaciones de la menstruacion y las grandes faces que se refieren á la ovulacion son suficientes para engendrarla. Varias afecciones del útero y sus anexos la pueden determinar, pero de una manera indirecta, perturbando la funcion ovular que es indispensable para provocar esta modalidad de histeria.

La presion en uno de los ovarios, generalmente el izquierdo, puede detener y aun determinar el ataque. Tilt y Charcot, comprimiendo en el mismo lugar han provocado el síncope y perturbaciones sensoriales, como zumbidos de oídos y pérdida de la vista.

Estos estados pueden ser combatidos felizmente por los medios terapeúticos apropiados; pero sucede y no rara vez por desgracia, que todo esfuerzo es inútil, y las pobres enfermas atormentadas por neuralgías atroces acompañadas ó nó de convulsiones y

1 Segun Barnes, Galeno habia observado la coexistencia de la histeria con las desviaciones uterinas.

síncopes, pasan su vida entre el martirio y la desesperacion, sin poder ser útiles ni á sí mismas.

Es tan difícil dominar semejantes estados, con fuerzas tan exiguas, que razon tuvo Kunze en llamarlos *croux medicorum.*

Ante tal impotencia terapéutica, ¿es lícito pensar en algun medio que con probabilidades sea una garantía para estas enfermas? Sí, por cierto. La castracion es el único remedio, que más de una vez ha prestado importantes servicios.

Hegar, Battey y sus imitadores, al principio no hacian la ablacion de los ovarios sino en casos de neuralgías rebeldes y de accidentes hístero-epileptiformes. Los éxitos que alcanzaron contribuyeron á hacer adoptar casi en todos los países la castracion, cuyos beneficios se han hecho estensivos á otros estados morbosos.

Hoy dia aun en Francia en donde los progresos ginecológicos han sufrido cierta detencion, es admitida esta indicacion por la mayoría de los grandes cirujanos.

Entre nosotros, que sepamos, debemos contar á los Dres. San Juan y Chacon que estan dispuestos á intervenir en semejantes circunstancias, siempre que no haya contra-indicacion.

El descrédito de la castracion en estos casos, es debido á la lijereza con la cual ciertos cirujanos han operado, sin haber ensayado antes los diversos tratamientos que hubieran podido bastar. Todas las perturbaciones que se ven estallar en una enferma nerviosa en el momento de las reglas, no estan necesariamente bajo la dependencia estrecha de la ovulacion; y el hecho de que ciertos accidentes muy diversos aparezcan periódicamente, al mismo tiempo que la fluxion catamenial, no es una prueba de que

los dos fenómenos están íntimamente unidos el uno al otro, como causa á efecto y de que la supresion del uno deba determinar la desaparicion del otro.

Por esto tal vez Hegar juzga conveniente antes de intervenir, encontrar los ovarios, grandes, sensibles al tacto y procidentes en el repliegue de Douglas. Aunque no creemos que se necesiten lesiones palpables para producir los reflejos convulsivos, insistimos en que es indispensable antes de operar, asegurarse por todos los medios, de la estrecha dependencia de las perturbaciones nerviosas á la ovulacion.

Con esta práctica los operadores han obtenido buenos resultados.

Pean ha reunido 26 hechos de varios cirujanos con el resultado siguiente: 5 casos de muerte, 14 curaciones, 4 estados estacionarios y 3 mejorías. En la tesis de Tissier (Paris, 1885) vemos un cuadro de 58 operaciones de varios autores, por ovarialgía y ataques histeriformes, cuyo resultado es descompuesto de la manera que sigue:

46 curaciones;
4 estados estacionarios; [1]
2 mejorías;
1 las crísis se han agrabado;
5 muertes.

Tenemos pues, en 58 operaciones una mortalidad de menos de un 9 p.% con una alta cifra de operaciones seguidas de buen éxito. Pero al lado de estos hechos, debemos confesar que en las obras que tratan de la materia, se registran observaciones de crísis de histeria tratadas sin el menor resultado por la operacion.

1 Una de estas enfermas se suicidó tres meses despues de la operacion.

Terrier en una mujer que sufria de dismenorrea neurálgica, acompañada de hístero-epilepsía, por la operacion, consiguió únicamente disminuir las neuralgías sin modificar en nada el hábito histérico.

Kœberlé, Spencer Wells y Olshaussen no se hallan perfectamente dispuestos á reconocer la eficacia de la operacion en los estados nerviosos dismenorreicos. Otros creen que la operacion no hace sino agravar el estado nervioso de las enfermas, que puede llegar hasta la psicosis y aun terminar por el suicidio.

Debemos pensar que muchos fracasos son debidos á que se ha querido tratar por la castracion, casos de histeria ó de epilepsía esencial, y que en estos toda intervencion es perfectamente inútil.

A continuacion presentamos dos observaciones; la primera se refiere á accidentes histéricos de influencia ovárica, la segunda á una hístero-epilepsía menstrual.

Goodell fundándose en cierta opinion segun la cual los accesos de manía aguda se presentan en el periodo menstrual, no titubea en preconizar la castracion en algunos casos de *enajenacion mental.*

Cierto es que se registran algunos hechos de curacion por la operacion; pero es casi seguro, que en la mayoría de los casos se trataba de melancolía y tendencia al suicidio, bajo la influencia de vivos sufrimientos pélvicos ó bien de excitacion histérica; pero nunca de verdadera enajenacion en el sentido que la comprenden los alienistas.

Spencer Wells, ha observado que en la convalescencia de una de sus operadas, sobrevino un ataque cerebral agudo; otra de sus enfermas, operada de ovariotomía, pasó al asilo de enajenadas en don-

de habia estado antes de la operacion. Como él, otros cirujanos registran hechos en los que las perturbaciones cerebrales habian sido exasperadas por la operacion. Quizá por esto, Tait formula este axioma: "en las operaciones del abdomen las perturbaciones mentales se exacerban."

De manera que por nuestra parte no podriamos aprobar la operacion sino cuando hubiese la seguridad de que los accesos de manía aguda se encuentran íntimamente ligados con las épocas menstruales y que los tratamientos susceptibles de proporcionar la curacion hayan sido del todo ineficaces.

En la *ninfomanía y la masturbacion* sería absurdo proponer la castracion tanto mas que, como lo veremos despues, la opinion de la generalidad de los oforectomistas y ginecologistas es, que en las operadas el apetito genital queda normal ó es sobrexitado.

OBSERVACION I.

Accidentes histeriformes.--Operacion de Hegar.—Curacion por el Dr. Haffter. (Extraida de los *Annales de Gynocologie et d'obstetrique* de Paris. Diciembre 1886.)

La señora X nació en 1859; no casada, pertenece á una familia de nevrópatas: refiere su enfermedad actual á una tentativa de violacion de que se dice haber sido víctima en 1881. Desde este momento la menstruacion que era normal, se ha vuelto dolorosa é irregular. Al mismo tiempo que estos síntomas, se ha declarado una tos de carácter histérico y muy fatigosa. La paciente entró en un hospicio de enagenados, de donde salió en el mes de Junio de 1882 muy mejorada. Apénas habian trascurrido seis semanas, la tos reaparece extremadamente violenta: los accesos se suceden unos á otros, el sueño es absolutamente perturbado. Súbitamente la tos es reemplazada por un período de erotomanía ligera. Despues de seis dias reaparicion del fenómeno inicial.

Hasta 1884 se ensayan sin ningun resultado, todos los medios anti-histéricos; contra los dolores menstruales se hace aunque inútilmen-

te la discision del cuello. Pero se nota que los accesos de tos ceden cuando se ejerce una presion suficiente sobre la region ovárica.

En Noviembre de 1884 el Dr. Haffter practica la castracion.

Evolucion normal de la herida; reunion por primera intencion. El octavo dia se quitan las suturas; se aplica un segundo vendaje aséptico, pero á causa de la indocilidad y de los movimientos intempestivos de la enferma, la sutura abdominal cede y da paso á una porcion del epiplon y del intestino que fué necesario reducir. Por segunda vez, reunion por primera intencion.

Al exámen histológico, el ovario no presentaba, por decirlo así, ninguna alteracion.

Resultado de la operacion, satisfactorio. La enferma puede trabajar, y en más de año y medio despues de la operacion, no ha sobrevenido ni uno solo de los antiguos *accesos.*

OBSERVACION II.

Dismenorrea; Histero epilepsía menstrual; Operacion de Battey.—Curacion por *Carstens,* de Detroit.

La señora X.... de 24 años, no predispuesta á una enfermedad hereditaria, menstrua por la primera vez á los 18 años: presentó desde entónces dismenorrea que no hizo sino aumentar durante los tres años siguientes. En esta época sobrevienen pérdidas de conocimiento, con ataques más y más severos, que degeneran en verdadera hístero-epilepsía menstrual.

Al exámen, retroversion del útero con endometritis y ovarialgía izquierda. El útero fué dilatado, cauterizado reducido en buena actitud, sin ventaja. Al interior el bromuro, el zinc, el arsénico, la valeriana, no modificaron en nada los ataques, que se presentaron más y más fuertes todos los dias, y más inquietantes en el momento de las reglas.

Propongo entónces la operacion de Battey que fué aceptada con gusto, pues todo era preferible á la miserable vida de enferma que minaba á mi cliente. La operacion fué hecha en Detroit el 30 de Setiembre de 1881. Incision de tres pulgadas sobre la línea mediana: el ovario izquierdo ligeramente adherido, fué pediculizado, ligado y seccionado con la trompa: à la derecha el mismo tratamiento.

Ligera reaccion febril 5 dias despues de la operacion, debida á un pequeño abceso de la pared.

Tuvo aun en la convalescencia, una congestion pulmonar; despues de curada queda una ligera eventracion. La tos que ella no podia moderar durante esta congestion pulmonar, fué la causa de esta pequeña complicacion.

La enferma ha sido seguida más de un año; no le han vuelto las crísis hístero-epileptiformes, ni la menstruacion. Durante los tres primeros meses, experimentaba algunos desórdenes vertiginosos, triste recuerdo de lo que sufria en la época menstrual. Ha sido observada por más de un año.

ENFERMEDADES DEL OVARIO.

Entre las enfermedades del ovario que indican la castracion, tenemos la *ovaritis crónica*, la *cirrosis del ovario* y la *ovaritis quística*.

La ovaritis crónica y la cirrosis ovárica, procesos que reconocen un mismo orígen, la ovaritis aguda ó la hiperhemia del órgano, se encuentran en mujeres de temperamento sanguíneo y de pasiones vivas.

La ovaritis aguda, afeccion que está muy léjos de ser rara, es comunmente acompañada y aún precedida de lesiones de los órganos cercanos, útero, trompa, tegido celular periuterino y el mesovario: entónces, además de sus síntomas propios, se tiene los que son peculiares á los órganos afectados.

En la ovaritis crónica, el flujo catamenial está aumentado en cantidad y tiene una duracion mayor que de costumbre, llegando á ser el período intermenstrual solamente de algunos dias. No es raro observar las metrorragias.

Algunas veces, cuando la afeccion es antigua, el tegido folicular puede ser afectado notablemente y entónces no es difícil observar la disminucion y aún la supresion de las reglas.

Uno de los síntomas más frecuentes en la ovaritis crónica, es un dolor gravativo más ó ménos constante que se presenta al nivel de los ovarios enfermos[1] y que es aumentado en la época de la aparicion de las reglas, por el cóito, por la estacion vertical ó el ejercicio.

Al lado de estos síntomas tenemos que colocar

1. En todos los casos en que existe un dolor al nivel de los ovarios, ó que se irradie de este punto, el ovario es la causa. — Hegar, ob. cit. pág. 281.

los fenómenos dismenorreicos y las perturbaciones nerviosas que constituyen las manifestaciones más importantes[1].

La cirrosis del ovario, que es una forma especial de la ovaritis crónica, no es muy comun. Presenta un cuadro idéntico al que acabamos de referir.

La ovaritis quística, (ó degeneracion de los folículos en una multitud de pequeños quistes con proliferacion ó atrófia del estroma), ha ocupado recientemente la atencion de los grandes ginecologistas y con especialidad de Hegar, Tait y Battey, quienes han establecido para dicha enfermedad, una indicacion más de la castracion.

Esta degeneracion se desarrolla algunas veces sin ruido, sordamente, al grado de pasar desapercibida si no fuera por el dolor *in situ* que, con raras excepciones, la acompaña.

Los síntomas son diversamente interpretados por los autores; pero Hegar cuya autoridad debemos reconocer en esta materia, asegura que en dicha afeccion se ven aparecer los síntomas más penosos: dolores fijos é irradiados, perturbaciones variadas de la menstruacion y fenómenos nerviosos de órden reflejo, como lipotimias, angustia precordial, convulsiones epileptiformes, etc. Tait ha observado que los pequeños quistes del ovario se acompañan de hemorragias inagotables.

Todos estos padecimientos que son un triste patrimonio que la naturaleza lega á muchas desgraciadas mujeres y que algunas soportan con una resignacion asombrosa, son de una marcha esencialmente crónica, que no se logra detener sino en pocas ocasiones.

1. La ovaritis crónica termina por abceso, pero el gran peligro es segun Aran la peritonitis grave á que están expuestas estas enfermas.

Muy lejos estariamos de nuestro objeto si quisiéramos hacer una relacion de los diversos medios terapeúticos empleados para combatir los estados que dejamos apuntados: bástenos solamente señalar, que los revulsivos, el tratamiento sintomático, como todas las medicaciones recomendadas para el caso, son algunas veces impotentes para librar á las enfermas de una vida de sufrimientos, en la que no se pueden llenar los preciosos deberes de la vida social y conyugal.

Si en vano ha trabajado la ciencia por beneficiar estos estados morbosos, parece que hoy dia la cirujía, debido á sus incesantes progresos, se empeña en prestarle sus bienhechores auxilios. Tócale al eminente ginecologista aleman Hegar, marcar tan importante adelanto. La lesion que presentaban los ovarios cuando hizo su primera operacion en 1872, era una degeneracion quística de los folículos con hiperplasia del estroma del órgano. Freund, Tait, Gaillard Thomas, practicaron despues la operacion en casos de ovaritis quística cuyos síntomas más importantes eran, ya neuralgías violentas y crísis histeriformes ó ya hemorragias fulminantes.

La operada del Dr. San Juan en Enero de este año, llevaba una ovaritis quística del lado derecho, y del izquierdo un tumor tubo-ovárico; los fenómenos á que dieron lugar estos procesos patológicos, eran una dismenorrea neurálgica, acompañada de menorragias y metrorragias.

De 14 operaciones por degeneracion quística que nos presenta Hegar en su obra citada, se obtuvo el resultado siguiente: 8 veces se alcanzó un éxito definitivo; 1 se hizo sin llegar al resultado que se buscaba; 1 se observó por muy corto tiempo y en otra, el dolor fijo desapareció, y los síntomas nerviosos sub-

sistieron; y en las 3 restantes la operacion fué seguida de muerte.

Lawson Tait, en su obra *Maladies des Ovaires*, trae tres observaciones muy interesantes de operaciones practicadas por ovaritis quística, y otra observacion con motivo de una cirrosis del ovario que determinó ataques epilépticos que terminaron por una manía aguda. Lamentámonos mucho de no poderlas trascribir aquí, pues son muy extensas para que les diésemos cabida en este corto trabajo: solamente diremos que los resultados han sido muy brillantes, como casi siempre sucede con todo lo que llega á manos del insigne operador de Birminghan.

El Dr. Pozzi, de Paris, practicó el año pasado una operacion en un caso de ovaritis crónica. El éxito fué más completo y la observacion que ha sido publicada en *La Gaceta Médica* de Paris, la trascribimos en seguida á causa de su importancia. Segun Emmet[1], Tait en 35 operaciones de castracion por ovaritis crónica solo ha tenido una que haya terminado fatalmente.

El primer caso conocido en México, de operacion de Battey, es la que practicó nuestro ginecologista San Juan, en Junio de 1886, en una ovario—salpingitis unilateral. La memoria de esta operacion fué publicada en *La Gaceta Médica* el 15 de Octubre del mismo año. Para no ser difusos, á fin de aglomerar los datos que coadyuven á nuestro propósito, damos un resúmen solamente de esta observacion en el número IV. La descrita en el número III corresponde á la segunda operacion practicada por el mismo Profesor.

1. Maladies des Femmes. Paris 1887. pág. 641.

OBSERVACION III.

(PERSONAL.)

Ovaritis quística derecha.—Quiste tubo-ovárico izquierdo.—Metrorrágias y dolores violentos.—Castracion.—Curacion, por el Profesor San Juan.

M.... O.... natural de México, de edad de 36 años, costurera. Menstrua por primera vez á los 14 años. Es viuda y no ha tenido hijos.

Hace como 8 años, que padeció varias inflamaciones en el vientre bajo y algunas de éstas, coincidieron con su período. Desde esta época, en que sus funciones menstruales se efectuaban con regularidad, sufre diversas perturbaciones de la menstruacion, relativas al momento de su aparicion y á la cantidad del flujo, como tambien á dolores que se situaban en las ingles, irradiándose al hipogastrio y muslos. Estos dolores aparecen tambien en el período intermenstrual, y se despiertan al andar ó con cualquier otro movimiento.

Todas estas funciones se fueron acentuando más y más al grado de impedirle se dedicara á sus ocupaciones, lo que la determinó á ver al Dr. San Juan para que la curase, en Enero de 1886.

Estado de la enferma.—Estatura regular, no hay enflaquecimiento: las mucosas pálidas: hay efélides en la cara, y algunos otros signos de fácies ovárica: la circulacion un poco alterada: algunas perturbaciones digestivas; y no presenta ninguna manifestacion diatésica. Las metrorragias son ya más frecuentes y abundantes; los dolores en la fosa iliaca, se acentúan más, y se hacen más intensos durante el período. En el intervalo, aparecen á menudo por crísis que duran varios dias.

Exploracion.—Vagina húmeda y bañada de sangre. Cuello uterino, bajo como una pulgada, con estenósis del orificio externo, complicado de conicidad. Utero en ligera ante-flexion. Cavidades, ocho centímetros. Dolor á la palpacion, en la fosa iliaca derecha. Fondo de saco vaginal derecho, ocupado por un tumor del tamaño de una pequeña naranja; poco móvil, pero independiente del cuerpo del útero, de consistencia desigual y renitente en algunos puntos. En el hipogastrio, tumor quístico alcanzando casi al ombligo, y tocando los límites de las fosas iliacas, sobre todo la izquierda; tiene un pedículo corto y ancho, en coneccion con el cuerno izquierdo del útero, sin adherencias. El Dr. San Juan, diagnostica ovaritis quística del lado derecho y quiste tubo-ovárico del izquierdo.

La enferma fué mandada al campo, por espacio de dos meses, obteniendo un pequeño alivio. Se emplearon por algunos meses, las corrientes galvánicas vagino-abdominales, consiguiendo una mejoría en las metrorragias y una pequeña disminucion del ovario quístico. La discision del cuello uterino proporcionó un alivio momentaneo, de los dolores y las hemorragias.

Pero estos medios, sucesivamente empleados, no producen un

alivio persistente, y las metrorragias vuelven á ser más abundantes; los dolores se desarroyan de nuevo con una intensidad mayor. La enferma, agotada por esta serie de padecimientos, es incapaz de poderse dedicar un momento á sus ocupaciones.

Por último, se recurre à los anodinos en diversas formas, cloral, morfina, bromuros, etc., sin que den mejores resultados. De acuerdo con el Profesor Liceaga, se propone á la enferma, como único medio de salvarla de sus padecimientos, la extirpacion de sus ovarios, lo que aceptó.

La operacion se practicó el 1° de Enero de 1887.

Incision sobre la línea mediana, de 12 centímetros: á pesar de que las paredes estaban algo cargadas de grasa, no hubo hemorragia que detener: se divide el peritoneo con sumo cuidado, pues como lo hemos dicho, se estaba delante de un pequeño quiste que era necesario respetar por el momento: éste se presenta en los labios de la herida con gran tendencia á salir de la cavidad abdominal. Se le punsiona luego y despues de la salida de un líquido sero-albuminoso, se lleva un poco hácia arriba la masa intestinal, por medio de esponjas; entónces, tomando el quiste vacío, se le atrae hácia afuera, y formando el pedículo se pone una ligadura que basta, de ese lado.

En seguida se va al ovario derecho, que está adherido al contorno de la pelvis. Por esta circunstancia, como por operar profundamente, en este lado se presentan más dificultades que en el otro; se destruyen con el dedo todas las adherencias que no oponen resistencia, pero se nota con sorpresa al ir á colocar las ligaduras que se encontraban comprendidas en las adherencias, el intestino delgado y los grandes vasos de la region. Se hacen entónces con el fin de librar estos órganos, como para salvarse de la hemorragia, numerosas ligaduras que sirvieron además para resecar con mayor seguridad el ovario. Se hace el pedículo, comprendiendo en él la trompa, y despues de ligado, se corta arriba de la ligadura.

La operacion, que fué rodeada de la antisépsia más rigurosa, juntamente con la curacion, no dura más que dos horas.

La marcha de la operacion fué satisfactoria: no hubo ningun accidente: la temperatura no pasó de 38° y al mes ya la enferma estaba sana y salva, no quedando como huella de la operacion más que una cicatriz lineal.

Por el exámen de las piezas anatómicas, se comprobó el diagnóstico. El útero ha quedado en su posicion fisiológica. La menstruacion no ha vuelto hasta la fecha en que esta enferma fué presentada á la Academia de Medicina, —el 23 de Febrero último,— y de entónces acá no se ha vuelto á ver á la operada.

Esta operacion se practicó en el Hospital particular del Dr. San Juan, con asistencia de los Dres. Liceaga, Huici, F. López, Mucel, Martinez Vargas y Orbañanos, y yo.

OBSERVACION IV.

Ovario-Salpingitis crónica unilateral.—Enucleacion y estirpacion por el abdómen, del ovario y de la trompa.—Curacion. Por el Profesor San Juan.

"La Sra. T.... M...., natural de Guadalajara, de edad de 26 años, casada, se presentó á mi consulta particular el 1° de Mayo de 1886.

"Menstrua à los 15 años y cada período dura tes ó cuatro dias. Hace año y medio se creyó embarazada porque le faltó una regla, y con motivo de haber bailado, se vió muy mala de una hemorragia que la postró en cama cerca de un mes, al fin del cual, se levantó y continuó muy achacosa. Sus menstruaciones entónces duran doce y quince dias, habiendo meses en que el escurrimiento de una época alcanza al de la siguiente, acompañándose de calentura y calosfrío, punzadas en el vientre bajo que persistian por algunos dias. Estas perturbaciones disminuyeron de intensidad y la menstruacion sòlo le duraba diez ó doce dias, sintiendo no obstante debilitarse cada vez más. La fatiga consiguiente á la marcha le provocaba inflamaciones en el vientre bajo.

"*Exámen.*—Estatura regular de la enferma: facies ovàrica: pulso pequeño, 80 á 92 por minuto; vientre grueso y duro; sensible á la presion hipogástrica, especialmente á la derecha; útero normal en su tamaño, y en latero-version izquierda; tumor ocupando la mitad derecha de la excavacion pélvica, del volúmen de una naranja pequeña; pastoso, mòvil aunque sin desalojarse del todo, y unido al útero por un pedículo como de una pulgada. En vista de esto, diagnostiqué, *ovaritis unilateral crónica, con ensanchamiento del órgano por neoformaciones.* Ponóstico; incurable por otros medios que la *Castracion.*

"Pensé recomendar á la enferma algunos medios paliativos; pero convencido de su ineficacia en multitud de hechos semejantes, y teniendo en cuenta además: la ausencia de complicaciones extra-ováricas, las buenas condiciones de la enferma, y el peligro inminente á que se acercaba por la influencia que la enfermedad local comenzaba á ejercer en el estado general, intorrogué á su valor, proponiéndole la operacion por insicion abdominal, como el mejor tratamiento curativo; á lo que me respondió que lo meditaría. Miéntras, se emplearon los anodinos en diversas formas.

"El 12 del mismo mes, se presentó á decirme que estaba resuelta á la operacion.

"Consulté el caso á mi maestro el Dr. Liceaga, y á otros amigos mios; y despues de reflexiones concienzudas, estuvieron de acuerdo con mi determinacion.

"El 9 de Junio de 1886, se practica la operacion con todas las precausiones antisépticas. Insicion mediana, que partiendo de dos centímetros arriba del púbis, termina á uno y medio centímetros abajo del ombligo. Las paredes abdominales se encontraban cargadas de grasa. La hemorragia fué insignificante. Al explorar la pequeña pelvis,

encontré el ovario enfermo, de tal manera sujeto al ligamento ancho, que juzgué casi imposible su estirpacion por otro medio que la enucleacion: la trompa se encontraba además, completamente adherida al ovario. Vacilaba en mi propósito, por las dificultades que presentaba el campo operatorio, dada la tension de los lábios de la herida; pero entonces mi maestro Liceaga me anima á emprenderla. Resuelto á ello, comencé por aplicar de tramo en tramo, ligaduras dobles con el fin de dividir el peritoneo entre ellas y llegar así á conseguir mi objeto. Otras ligaduras en el pedículo del ovario y en la trompa me permitieron separar sin dificultad todo el tumor. El ovario izquierdo se encontraba perfectamente sano; y hecho el aseo de la cavidad se procedió á la curacion.

"La operacion duró dos horas y cuarto, no perdiéndose en ella más que dos onzas de sangre.

"Despues de la operacion, se presentó un escurrimiento sanguíneo por la vagina que duró solamente tres dias y que coincidia con el período menstrual. Dos pequeños abcesos aparecieron en las paredes abdominales, lo que retardó la curacion.

"El 15 de Julio siguiente, la enferma estaba completamente buena.

"El ovario extirpado presentaba una degeneracion quística, midiendo en su mayor diámetro diez centímetros, y la trompa tenía un volúmen triple del normal."

Esta historia fué presentada por su autor á la Academia de Medicina el 17 de Julio de 1886, y publicada con todos sus detalles, en el número 20 del tomo XXI de "La Gaceta Médica." de Mèxico.

OBSERVACION V.

Ovaritis crónica de cuatro años, muy dolorosa, resistiendo á todo tratamiento médico.—Castracion doble.—Curacion completa.—("Gazzete Medicale," Paris Agosto 21, 1886), por el Dr. Pozzi.

Catarina Maus...., de 29 años, entra en el Hospital temporal "Pascal." Sala A, cama núm. 4. el 17 de Noviembre de 1885.

Antecedente.—Ninguna enfermedad de la infancia, ninguna señal de escrófula ni de sífilis. Menstrua á los doce años. Casada à los 20. Menstruacion regular: ningun fenómeno de histeria ó de nervosismo. Primer parto, á los 22 años sin accidentes, quedó bien; segundo parto á los 25, embarazo y parto penoso; el niño murió á los 8 meses. Desde este momento los dolores en el vientre han desaparecido para no cesar; sin embargo, no parece que haya habido allí fenómenos de inflamacion aguda; pero el vientre ha quedado abultado, sensible y dolores muy vivos siguen á la menor fatiga ó al cóito. La marcha provoca

la aparicion de dolores, situándose sobre todo en la fosa iliaca izquierda. No hay leucorrea: las reglas han sido normales hasta estos últimos meses en que se han producido verdaderas hemorragias. Desde la mismo época (20 meses) los dolores se han vuelto más vivos y casi contínuos, condenando á la enferma á un reposo absoluto: guarda cama desde entónces.

Hace un año entró en el servicio del Dr. Gallard donde permaneciò dos meses. Se le pusieron sucesivamente en la region iliaca izquierda, vegigatorios, sanguijuelas, puntos de fuego; léjos de mejorarse su estado, empeoró; el abultamiento del vientre y los dolores aumentan sobre todo, en el momento de las reglas. Sin embargo, en los últimos dias de las reglas ó en los que siguen inmediatamente, hay casi siempae una detencion, una verdadera mejoría en el estado doloroso.

Apesar de estos fenómenos morbosos, el estado general es bueno, no hay enflaquecimiento; el apetito aunque mediano, no está sensiblemente alterado.

En Setiembre de 1885, la enferma entra en el servicio del Dr. Polaillón, en "la Pitié;" es tratada allí por la aplicacion de puntos de fuego sobre el cuello del útero, y no experimentó alivio apreciable.

Entra à "Pascal" en Noviembre 17 de 1885.

Estado en el momento de la entrada.—Los signos funcionales son los siguientes: tension contínua en la pelvis, calor, pesantez; dolores abdominales intensos, aumentando sobre todo, en el momento de las reglas: cuando éstas han pasado, la enferma tiene uno ó dos dias de descanso, despues de los cuales vuelve á los dolores; no son contínuos, pero vienen por crísis que duran muchas horas y aperecen sobre todo en la noche, crísis durante las cuales, el estado de la enferma es intolerable, al grado que algunas veces hay que recurrir à las inyecciones de morfina para calmarla.

Todos los otros órganos funcionan bien.

Estado general.—No hay anemia pronunciada ni enflaquecimiento notable.

Signos locales.—La palpación abdominal no revela nada anormal en la pelvis. El tacto combinado con la palpacion nos manifiesta al útero en ligera anteflexion; el cuello es un poco grueso; pero ni el tacto ni el exámen ál espejo revelan una metritis característica. Con el tacto combinado á la palpacion, se determina un dolor vivo en la region de los ovarios, sobre todo, á la izquierda; pero no hay medio para sentir el ovario caido en el fondo de saco de Dovglas, ni por la vagina ni por el tacto rectal.

Pozzi diagnostica una periovaritis crónica consecutiva á una pelvi-peritonitis post-puerperal limitada. La enferma es mantenida en reposo durante tres meses, con baños prolongados cada tercer dia y cataplasmas sobre el vientre, etc. Ninguna mejoría. En presencia de este estado que ha resistido desde hace un año á todas las medicaciones empleadas sucesivamente en tres servicios, Pozzi propuso á la enferma la castracion, que aceptó. La operacion es practicada el 13 de Febrero de 1886.

Insición sobre la línea blanca de 12 centímetros. Ligera he-

morragia por las venas subcutáneas. Despues de la inción del peritoneo, se pasaron cuatro hilos á través de los labios de la herida; arriba, abajo, y á los lados para tender y separar la abertura de la pared abdominal y tambien para oponerse al despegamiento de los diversos planos que componen las paredes durante las manipulaciones: los intestinos son empujados hácia arriba por esponjas: la mano introducida encuentra el ovario derecho en retroversión mientras que el útero està en anteversión. Gran número de adherencias debidas á inflamaciones antiguas son desgarradas con las uñas, y con una larga pinza se toma el alon del ligamento ancho inmediatamente abajo del ovario para llevarlo más fácilmente afuera; el volúmen de este órgano está un poco aumentado y encierra tres pequeños quistes sanguíneos del tamaño de un chícharo. El pedículo es ligado por tres hilos de seda fenicada; para cerrar la sección, se remplaza la pinza larga por una pinza cauterio de Hegar, inmediatamente arriba de las ligaduras; se protejen las partes cercanas por medio de una compresa mojada y se secciona lentamente por el termo cauterio. No hay hemorragia en la superficie de sección que es tocada con solución fenicada fuerte al 40 p %.

El ovario izquierdo està tambien en retroversión, aunque con adherencias como el otro; es desprendido más fácilmente y quitado por el mismo procedimiento. No presenta alteraciones aparentes; dos ligaduras solamente son colocadas sobre el pedículo.

La cavidad abdominal es rápidamente esponjeada, no contiene sangre; el epiplón es estendido delante del paquete intestinal, y la herida es cerrada por cinco suturas profundas, una de ellas perfora una rama de la epigástrica que da hemorragia abundante que es detenida por una sutura; seis suturas superficiales; curación con gaza yodoformada.

La operación duró hora y media con la curación. Una cosa interesante se ha notado en el curso de la operación: cada vez que el ligamento ancho era pellizcado ó comprimido por las ligaduras, se produjeron en la enferma movimientos reflejos que ocasionaron el vómito de una pequeña cantidad de moco estomacal, un poco de hipo y una ligera cianosis pasajera.

El exámen histológico de los ovarios no ha revelado otra alteración que la presencia de los pequeños quistes sanguíneos ya señalados y que algunos autores han dado como característicos de la ovaritis. En suma, la lesion principal residia en las adherencias que aprisionaban los ovarios y los mantenian en una situacion viciosa: habia más bien *peri-ovaritis* que *ovaritis* propiamente dicha.

Las consecuencias de la operación han sido esclusivamente simples: ha habido un pequeño trombus en la pared abdominal, que ha determinado una escasa supuración en un punto muy limitado de la herida. La cicatrización era completa el 5 de Marzo, en el momento presumido de las reglas. Estas no aparecen; pero la enferma siente oleadas de calor y algunos dolores lancinantes en el vientre.

Despues, un estado congestivo con tendencia al sueño, se reproduce regularmente en cada época menstrual, pero sin dolores notables y tambien sin el menor escurrimiento sanguineo.

La enferma *no siente ya su vientre*, esta es su expresión. Goza de un bienestar que le era desconocido desde hace cuatro años; ha tomado una vida muy activa. Está completamente curada, así como la Sociedad puede convencerse examinando é interrogàndola.

La cicatriz abdominal es lineal, muy resistente, sin ninguna tendencia à la eventración. Sin embargo, por prudencia la enferma lleva una cintura abdominal.

ENFERMEDADES DEL ÚTERO.

Fibromas.—Los Fibromas son segun Gaillard Thomas, de New-York, una de las afecciones que con más frecuencia se observan en el útero, á pesar de que algunas veces quedan por mucho tiempo y aun por toda la vida inofensivos y sin manifestaciones de ningun género. Bayle asegura que sobre 100 mujeres que mueren despues de los 35 años, 35 han tenido miofibromas. Klob, establece que sobre 100 mujeres muertas despues de los 50 años, 40 han tenido la misma enfermedad. Aunque Barnes encuentra estas cifras exageradas, el hecho es que esta afeccion es de las que mas se observan en la práctica ginecológica. Por nuestra parte, innumerables casos hemos observado en el Consultorio ginecológico de Beneficencia.

Se desarrollan de preferencia en el período de actividad sexual; son raros despues de la menopausa y ántes de la pubertad. Se les divide en submucosos, intersticiales y sub-serosos: como veremos mas adelante esta division tiene grande importancia.

Los fibromas por las modificaciones que imprimen al órgano en que se desarrollan ó por su constitucion misma, dan lugar á diversos síntomas; meno-

rragias y metrorragias incoercibles, que engendran la anémia y el agotamiento; dolores uterinos [tenesmo]; y á perturbaciones nerviosas. Por su volúmen ó por los procesos patológicos que determinan en los órganos cercanos, dan lugar á manifestaciones que aumentan su gravedad.

No se ha esclarecido del todo si á cada variedad de fibromas corresponden fenómenos especiales; y lo único que se ha determinado es, que tanto los intersticiales, como los sub-mucosos, ejercen una poderosa influencia sobre la nutricion del útero, que se dilata é hipertrófia; y al mismo tiempo que los vasos se desarrollan, la mucosa aumenta de espesor y se vasculariza. En estas dos variedades las hemorragias son más comunes y alarmantes; siendo siempre mas abundantes en los casos de fibromas sub-mucosos, pero ménos temibles por que son por mas medios operables y pueden ser quitados con una facilidad relativa. En cuanto á las sub-peritoneales, que llegan á adquirir un volúmen notable y determinan fenómenos de compresion y peritonitis, no ejercen sino una mediana influencia sobre la matriz.

Como se ve, los miofibromas tienen una accion más ó ménos clara sobre el útero y aun sobre el organismo entero: ¿pero hay algun elemento ó elementos que ejerzan sobre ellos alguna accion bajo la cual sus manifestaciones sean mas ruidosas ó se suspendan? Sí los hay; la menstruacion y la menopausa.

La época de las reglas es por decirlo así, la piedra de toque de los fibromas que no se han diagnosticado, ya por su pequeño volúmen, ya porque la marcha silenciosa que en ciertos casos afectan, no hubiese llamado la atencion de la enferma ni del médico.

Cuando comienza á desarrollarse la emfermedad,

se revela solamente por un momento en la cantidad y en la duracion de las reglas. Un poco mas tarde, se caracteriza en cada época menstrual por verdaderas hemorragias y dolores violentos que se observan aún en el período intercalar. Cuando el tumor es tan desarrollado que se le pueda limitar por la palpacion, se nota que sufre un aumento de volúmen que es apreciable sobre todo en la catamenia. En un período más avanzado, cuando las pérdidas de sangre son casi contínuas se puede reconocer la época menstrual, por la intensidad de la hemorragia.

La observacion clínica ha demostrado, que cuando la menopausa normal se establece en las mujeres que llevan miomas uterinos, se ve casi siempre detenerse, no solamente las pérdidas, sino tambien los fibromas cesar de crecer, trasformarse y aún amenudo desaparecer. Por esto todas las esperanzas de las enfermas y los esfuerzos de los médicos se cifran y tienden á prolongar una salud más ó ménos vacilante, hasta la edad crítica.

Se ha procurado dilucidar cómo la cesacion de la funcion ovárica determina la inocuidad de los miofibromas. Mucho se ha discutido este punto, y lo único que se ha establecido es, que por la suspension de las congestiones periódicas ó en virtud de un proceso de involucion del útero, de que participa igualmente el tumor que en él se desarrolla, las hemorragias se suspenden, y el fibroma, que no es ya mas que un cuerpo estraño, inerte, é indiferente no tan solo al sér que le dió vida sino al organismo entero, se atrofia ó sufre diversas degeneraciones, como la caseosa, grasosa y cretácea; no quedando en último término sino los despojos del tumor que solo revelan su existencia por su volúmen y su sitio.

Fundándose en esto y en que despues de una

ovariotomía doble, el útero se atrófia, se tuvo la idea de quitar los ovarios con el fin de producir una menopausa artificial y prematura. Tait fué el primero que practicó la castracion en tales circunstancias (Agosto 1.° de 1872).

De lo anterior se deduce que los fibromas, ya por las hemorragias fulminantes como por las metro-peritonitis que originan, y algunas veces por los trastornos consecutivos á la compresion de órganos importantes, son capaces de ofrecer una terminacion funesta. Entónces, y cuando la higiene, la ergotina, la electricidad, los opiados y el taponamiento demuestran su impotencia, no queda mas recurso que obrar enérgicamente apelando á la cirujía.

Con este motivo, no nos ocuparemos de todas las variedades de fibromas: los sub-mucosos se encuentran generalmnnte bien pediculizados y no ofrecen dificultades operatorias ásus procedimientos especiales; los sub-peritoneales, que tambien son pediculizados se tratan por la miotomía, operacion de mejores resultados que la que nos ocupa.

Tocante á los intersticiales, que son los que más nos interesan, pueden ser quitados por la vía vaginal, por medio de la enucleacion, operacion que ha dado felices resultados en manos de Amussat, y que fué puesta en boga por los cirujanos. En la actualidad tiene muchos adversarios, y West, que en 28 casos tuvo 14 con un desenlace funesto, asegura que la peritonitis, la flebitis y la piohemia son peligros de que escapan pocas enfermas, y teme que la estadística exacta pruebe que son víctimas la mayoría[1].

Por la vía abdominal se practica la histerotomía, que es en extremo grave. En las estadísticas

1. West. Mal des femmes, pág. 368.

más recientes, recogidas por Bigelow[1], dá una mortalidad que puede ser avaluada en más de 41 p$\lesseqgtr$. Hay estadísticas de notables operadores, como Spencer-Wells, Billroth, Kœberlé, Gaïllard Thomas, que dan una mortalidad superior.

Ante tan malos resultados y quizá con la esperanza de obtener éxitos más halagüeños, se pensó en la operacion de Battey, como ménos laboriosa y ménos desastroza en cuanto á sus resultados inmediatos. Trenholme y Hegar siguiendo el ejemplo de Lawson Tait, practicaron la castracion con tan buenos éxitos que pronto tuvieron numerosos imitadores.

El recelo que al principio inspiraba á muchos cirujanos la castracion en los casos de dismenorrea nerviosa, ha ido desapareciendo á medida que se ha ensanchado el campo de sus indicaciones, pero sobre todo cuando se estableció la indicacion en los miomas uterinos con hemorragias incoercibles. Spencer-Wells y Mathews Duncan entre otros, refractarios á la operacion en general, la encontraron como la más justa indicacion. Boudin, que habia reservado su opinion sobre la operacion, declara que se le debe conservar para los miomas uterinos.

Para los cirujanos Chacon y San Juan, sería esta indicacion la mejor de la operacion y esperan la oportunidad de llenarla.

Innumerables son las operaciones que se registran por esta causa, y nosotros podemos asegurar que las estadísticas de esta indicacion sola, pueden igualar á las de las otras reunidas; lo que se debe sin duda á que los fibromas constituyen un padecimiento muy comun. Los resultados en estos casos son de lo mas satisfactorio.

1. Vautrin. Trait des myomes uterins. pág. 166.

Atendiendo á la poca extension de este trabajo, no nos ocuparemos de todas aquellas estadísticas que conocemos y que se han formado con motivo de los mio-fibromas.

Lo que se desea obtener por la operacion es en primer lugar, la menopausa, y en segundo la reduccion del tumor.

Menopausa.—Hegar en 10 operaciones practicadas por él, y que cita en su obra de "Ginecología Operatoria," refiere que 7 veces se ha producido la menopausa inmediata: en los tres restantes, se obtuvo poco tiempo despues. Tait, que es muy sóbrio en detalles, en 45 operaciones que practicó en 1884, menciona solamente que la supresion inmediata y completa de la menstruacion ha sido producida por la ablacion de los ovarios en la mayoría de los casos. En un cuadro estadístico de Tissier, en 146 operaciones de varios autores, la mayor parte alemanes, encontramos que 136 veces se ha conseguido la menopausa definitiva,[1] y solamente en 10, las hemorragias persisten, aunque en algunos casos atenuadas.

Tenemos pues, por esto datos que la menstruacion persiste en muy pocos casos; 6.41 p. $\frac{0}{0}$

Se deberá algunas veces atribuir al operador un cierto número de fracasos; así, en dos de los hechos de la estadística de Tissier, el cirujano no quita sino un solo ovario, lo que es una falta; en otro caso, el operador confiesa que han quedado en el pedículo, restos de tejido ovárico, que es suficiente para mantener las hemorragias; esta falta operatoria ha podido ser cometida en algunos de los otros casos de fra-

1 En 26 de estas observaciones no se ha hablado de hemorragias; pero las enfermas siendo señaladas como completamente curadas, hay derecho para admitir que las hemorragias no se han reproducido.

caso. Y por último, se puede aun esplicar algunos otros, si se atiende á que ha podido escaparse de la operacion un ovario supernumerario, cuya anomalía, como lo hemos dicho no es rara.

Disminucion del tumor.—La regresion de los miomas uterinos despues de la oforectomía, ha sido fuertemente discutida por ciertos cirujanos: Hégar en los 10 casos á que nos hemos referido, obtuvo la disminucion del tumor, 9 veces: en una solamente despues de haber disminuido el tumor, sufrió la degeneracion linfagiectásica y aumentó su volúmen. Lawson Tait, en los 45 casos citados, asegura que en 13 de ellos, el tumor ha desaparecido por completo, y 18 veces se ha notado una retrocesion considerable del tumor, quedando perfectamente inofensivo.[1] Wiedow (Vautrin ob. cit.) en una estadística que comprende observaciones de numerosos cirujanos alemanes é ingleses, sobre 76 hechos, observa la reduccion del tumor 62 veces. En las 146 observaciones citadas, se ha obtenido la reduccion del tumor 137 veces, y solo en 9 casos el tumor ha quedado estacionario. Ahora, si reunimos todos estos datos, encontramos que la proporcion en que la retrocesion del tumor se ha obtenido, es de 86.2 p.$\frac{o}{o}$; queda pues un 13.8 p.$\frac{o}{o}$ en los que el fibroma no ha disminuido.

Pudiera igualmente alegarse aquí lo que expusimos con respecto á la menopausa, y además, el error que se ha cometido algunas veces de confundir un fibroma puro con un cisto-fibroma que para el objeto no es lo mismo.

En suma, la ablacion de los ovarios en casos de fibromas, tiene no simplemente una accion constan-

1 Véase para mas detalles, Lawson Tait, ob. cit. pág. 415 y siguientes.

te y eficaz sobre las metrorragias, sino que determina á su vez, la retrocesion del tumor, en la mayoría de los casos. En cuanto á la mortalidad de la operacion por mioma, la estadística referida de Tissier en 171 casos, nos dá 25 que terminaron por la muerte, ó sea 41.6 p. % de mortalidad. Tait en 50 observaciones que publicó en 1884 tuvo solo 2 muertes, lo que equivale á un 4 p. %

De lo expuesto, podemos concluir: que en los casos de fibromas de consecuencias fatales y que necesitan una operacion urgente, la castracion es la mejor operacion que se debe intentar. Primero, porque se obtiene casi siempre el resultado que busca el operador, la menopausa y la retrocesion del tumor. Segundo, porque es ménos mortífera que la histerotomía y aun la enucleacion. [1]

Ciertos autores han recomendado la castracion en todas las variedades de fibromas, y Lawson Tait, el gran oforectomista, opina que se debe hacer una excepcion solamente para los fibromas bien pediculizados. Nosotros no somos tan esclusivistas; como lo hemos expuesto, creemos debe reservarse únicamente á los fibromas intersticiales.

¿En qué casos es aplicable á esta variedad de fibromas la castracion? En aquellos en que la histerotomía aún no siendo del todo imposible, sea reconocida peligrosa. [2] Es sobre todo, cuando el útero se encuentra ocupado por un mioma de evolucion rápida, ó que lleva fibromas múltiples, cuando está autorizada la intervencion.

Si algunas veces el tumor alcanza un regular

1 El Ginecologista inglés, M. Duncan, da á la enucleacion una mortalidad de 50 p. %

2. Morre Madden, rocomienda la castracion cuando la enucleacion no es poisble (Vautrin ob. cit)

volúmen sin dar señal de hemorragias, otros, desde el principio de su desarrollo las provoca tan sérias que determinan un agotamiento rápido: es precisamente para estos pequeños miomas intersticiales, dispersos en el tejido uterino ó situados al nivel del cuello, que llegan á invadir los órganos cercanos, para quienes la operacion de eleccion se encuentra perfectamente indicada, por ser el único medio de detener las hemorragias y los progresos del tumor; siendo como lo es en estas circunstancias inaplicable la histerotomía por las innumerables dificultades que presenta, pues en el fondo de la pélvis, las maniobras de afrontamiento, y de una manera general, el tratamiento del pedículo es casi impracticable.

Cuando los tumores se encuentran incluidos en el ligamento ancho y que presentan síntomas graves, ó cuando de un volúmen mediano amenazan por su desarrollo progresivo, causar sérios trastornos, creemos con Thornton, que no se debe esperar que el cortejo de síntomas alarmantes de los fibromas pelvianos sea completo para intervenir; porque mientras mas indeciso quede el cirujano, mas aumentan las dificultades operatorias.

En cuanto á los fibromas que alcanzan un volúmen considerable, que mas bien molestan por los fenómenos de compresion que por las hemorragias, y que muy comunmente se complican de quistes, constituyendo entónces los cisto-fibromas; la ablacion de los ovarios está rodeada de dificultades, pues se confunden frecuentemente con el tumor y es por lo general insuficiente la operacion. Los cisto-fibromas están ménos estrechamente sujetos á la detencion de desarrollo senil que rige á los fibromas. Duplay, [1]

1 Duplay, arch. gener. Julio 1885 pág. 29.

reserva solamente para estos casos la histerotomía, por ser su ejecucion mas fácil. Säxinger (Vautrin, ob. cit. pág. 338) rechazando la operacion de Hégar en los casos de tumores fibro-quísticos, es de opinion que debe ser intentada en los miomas cavernosos descritos por Wirchowy, ha publicado un hecho de este género, en el cual la curacion fué completa.

A continuacion publicamos una magnífica observacion de Duplay, que nos permitimos reasumir por los estrechos límites en que nos hemos colocado.

OBSERVACION VI.

Fibromas uterinos.—Menorragias. —Castracion.—Curacion. (Arch .gener. de Medicine, Julio de 1885.) Por S. Duplay.

María S. . . ., de 30 años, no predispuesta à enfermedades hereditarias; ménstrua por primera vez á los 14 años. En 1880, sin hemorragia, sin causa conocida, se debilita notablemente: la menstruacion le dura cinco dias en lugar de tres. En Febrero del año siguiente, al fin de las reglas, experimenta una metrorragia muy abundante; esto se repite hasta el fin del año, en que tiene una pequeña mejoría por haber salido al campo, la que dura poco tiempo, apareciendo las hemorragias con más abundancia que àntes.

Al exámen, Siredey reconoce en la pared izquierda del útero, hácia su parte superior, un pequeño fibroma del tamaño de una nuez.

Las hemorragias aumentan cada dia considerablemente, al grado de temerse una terminacion funesta. Se hace el taponamiento; se aplican puntos de fuego, hielo, se administra la ergotina, etc. Todo sin éxito.

El tumor se desarrolla notablemente; la enferma presenta una palidez extendida á todas las mucosas: los vasos del cuello son el sitio de los fenómenos característicos de la anémia.

En tales circunstancias, temiendo Siredey una muerte próxima, consulta con Duplay, y se resuelve por la castracion de preferencia á la histerotomía. La operacion se hace el 27 de Julio de 1884. Incision sobre la línea blanca; el ovario izquierdo fué tomado con facilidad y ligado; el derecho, presenta algunas dificultades por estar adherido á la trompa. Operacion y curacion, duran poco más de media hora.

En los dias siguientes hay una ligera ascension de la temperatura, algunos vómitos y crísis nerviosas, atribuidas al nervosismo.

La enferma sale completamente curada, à los 28 dias. No se vé como huella de la operacion, sino una cicatriz lienal.

Durante los tres dias que siguieron á la operacion, hubo un lige-

ro escurrimiento de sangre por la vagina, el cual se detuvo por la ergotina. Este escurrimiento, que aparece en cada época menstrual, vá disminuyendo hasta quedar suspendido en Setiembre, fecha en que se establece una hemorragia blanca. La enferma vá restableciéndose, las mucosas recobrando su color. El fibroma en este momento se nota disminuido de volúmen.

En Marzo del siguiente año viene á vernos; se encuentra perfectamente bien; las hemorragias de sangre ne le han vuelto desde Agosto; la leucorrea ha disminuido. En esta época el tumor ya no existe y el útero está completamente móvil.

Los deseos sexuales, aparecen con frecuencia más imperiosos que nunca y ésto la desespera. No notamos modificacion alguna por parte de la voz, ni del sistema piloso.

Flexiones y versiones.—Al ocuparnos de estos estados, no nos referimos á las flexiones y versiones ligeras y recientes, ó las que por su naturaleza no dan lugar á verdaderos síntomas; sino á aquellas que han alcanzado uno de sus últimos grados y dan lugar á síntomas sérios que justifiquen una grave resolucion.

Sin hacer exclusion de las versiones[1], nos ocuparemos especialmente de las flexiones, sobre todo de las anti-flexiones, por ser ellas las que dan orígen á más consecuencias graves.

Las flexiones determinan en el punto en que se producen, un acodamiento y un estrechamiento del canal uterino que tiene por efecto cuando están avanzadas, impedir el libre curso de la sangre menstrual; y por resultado, un estado congestivo de los órganos pelvianos y extrangulamiento de los canales de salida. Dan lugar á fenómenos dismenorréicos de suma importancia. En cada época menstrual, además de las hemorragias, la enferma experimenta dolores sordos al principio, que son más y más violen-

1. Segun G. Thomas, raras veces existen las flexiones sin que las acompañen las versiones y vice-versa.=Enf. muj. pág. 325.

tas y que pueden adquirir la agudez de los dolores exppulsivos; se tienen entónces los sufrimientos más crueles. Los dolores se irradian sobre todos los trayectos nerviosos determinando crísis de nervios espantosas, que hacen dar gritos lastimeros á las pacientes, las que con el fin de encontrar un alivio á su insoportable situacion, ensayan las posiciones más raras.

La escena se repite todos los meses y por un número más ó ménos considerable de dias, y estas pobres mujeres hastiadas de la vida llegan á convertirse en ruinas ambulantes que arrastran la pesada cadena que las conduce lentamente á las histerias más graves y aún á las psicosis.

En tales circunstancias, en que no se tiene sino una esperanza lejana, la menopausa, qué hacer? La trompa y el útero distendidos pueden romperse, la peritonitis puede estallar, y de un dia á otro presenciar una terminacion funesta. Es necesario no temporizar mucho é intervenir lo más oportunamente posible.

Diversos medios é instrumentos se han empleado para corregir estas desviaciones. Los pesarios extra-uterinos ó vaginales, muchas veces prestan importantes servicios, principalmente cuando la flexion no está muy avanzada y es reductible: son ineficaces, cuando el útero se encuentra inmóvil, fijo por adherencias. En estos casos se emplean los pesarios intra-uterinos que no siempre dan resultados y que para su aplicacion es indispensable que no haya rastro de inflamacion en los anexos como en el útero; además, no son tan inofensivos, pues se les ha visto con frecuencia provocar accidentes graves, parametritis, dolores y hemorragias.

Con el fin de alcanzar resultados á la vez que

más satisfactorios definitivos, se ha practicado últimamente una operacion por Sims, Emmet y Thomas que tiene por objeto destruir el estrechamiento y obtener en lugar de un canal irregular y anguloso, otro recto que permita la fácil salida de la sangre menstrual. Esta operacion ha dado los más tristes resultados, sobre todo cuando se ha practicado existiendo inflamacion del útero, anexos, tejido celular peri-uterino y peritoneo. En cuanto á su gravedad, el eminente ginecologista americano Thomas, se expresa así: "A la verdad, si se hubieran publicado, como debeiran ser, todos los casos que terminaron funestamente de resultas de esta operacion, creo que formarian una lista formidable;" y aún dando por sentado, que el resultado de la operacion sea favorable, como lo dice el mismo Thomas, ¿se habrá destruido acaso al mismo tiempo la tendencia del cuerpo de la matriz á la congestion mecánica?

Además, á nuestro modo de ver, creemos que hay casos en los que ni aún este medio puede dar resultados favorables, y mucho ménos satisfactorios: nos referimos al tercer grado de la ante-flexion, estando el vértice del ángulo fijado á la pared posterior y colocado en un plano superior al plano que ocupa el cuerpo. y cuando éste se encuentra igualmente fijo por adherencias inflamatorias que le impiden seguir los movimientos que se le imprimen. Imagínense por un momento las dificultades operatorias y más que todo esto, cuántas dificultades y trastornos para mantener, aún con el pesario más apropósito, el cuerpo del útero en buena posicion sin perjuicios sérios para la enferma, y se comprenderá, como lo juzgamos, que es materialmente imposible que se consiga en estos casos un buen resultado.

Por último, pudiéramos citar la operacion de

Alexander; pero su utilidad no está demostrada, y además, por algunas observaciones que hemos leído, creemos que al estado á que nos acabamos de referir, no debe aplicársele.

Debemos, pues, en ciertos casos, recomendar como se ha hecho, la castracion, tratamiento que ha tenido éxito en manos de Battey, Braun, Welponer, etc., y que debe aplicarse cuando no haya un estado local que contraindique la intervencion.

En Hegar y Kaltembach, (*Gin. Quir.*) en 15 operaciones de varios autores, se registran 8 de buenos resultados, 3 con mejoría, y en un caso, apesar de que se obtuvo la menopausa, los dolores hipogástricos subsistieron.

De la tésis citada de Tissier, tomamos una observacion que publicamos por ser completa y tratarse en ella de los accidentes más comunes que caracterizan esta indicacion. En el segundo volúmen de la obra de Pean: *Traité du diagnostic des tumeurs de l'abdomen*, entre varias observaciones encontramos una de retro-flexion, muy instructiva, que no trascribimos por lo limitado de este trabajo.

OBSERVACION VII.

Ante-flexion del útero.—Dismenorrea muy dolorosa, hemorragia.—Castracion.—Curacion; por Jentzer, de Génova.

La Sra. B, de Génova, de 27 años de edad, tuvo sus primeras reglas á los 15 años. Hasta los 20 la menstruacion fué normal, salvo un adelanto que se notaba de mes en mes. Hace 7 años, despues de una fiebre tifoidea que duró 8 semanas, cada período menstrual se ha hecho doloroso y se ha acompañado de una hemorragia copiosa.

En esa época no quizo consultar á ningun médico y se limitó á seguir los consejos de una mujer. Despues de su matrimonio los dolores aumentaron y se hicieron cada vez más agudos.

Entónces vió á un médico y sufrió una discicion total del cuello; las consecuencias de esta operacion no fueron muy felices, las regla s

se hicieron más penosas y se prolongaron medio mes. La enferma cayó entónces en una profunda melancolía con ideas de suicidio.

Fué entónces cuando en Abril de 1881, la examiné reconociendo el útero móvil en ante-flexion con aumento de volúmen, (longitud de la cavidad uterina, 14$^{c.}$) y sensibilidad del ovario izquierdo, algo crecido, perceptible enmedio de la rama izquierda del púbis. No se podia sentir el ovario derecho; anuncié la castracion como remedio último, entretanto el tratamiento médico fué instituido y rigurosamente seguido; 5 meses despues la dismenorrea habia aumentado, y se consulta de nuevo, pero se resolvió aguardar hasta que la enferma reclamase la operacion, lo que no tardó.

El 28 de Enero de 1882, en presencia de M. M. Reberdin, Moginier y Marquet, fué emprendida la castracion: incision mediana de 7$^{c.}$. Se introducen cuatro dedos hasta la cavidad de Douglas. Se coge el ovario derecho, miéntras que dos dedos de la mano izquierda, rechazan el fondo del saco vaginal. Una parte del tubo fué comprendida en la ligadura y cortada. Las mismas maniobras se repitieron á la izquierda: la curacion se aplicó despues del aseo y de la sutura.

La cicatrizacion se hizo admirablemente y las reglas se suspendieron del todo.

Los dos ovarios median; el izquierdo 40$^{mm.}$ de largo, 26$^{mm.}$ de ancho y 16$^{mm.}$ de espesor,—el derecho 36 por 23 y 17.—Se encontraron pequeños quistes tapizados por epitelio cilíndrico. La enferma se sintió bien despues de la operacion; las menstruacion no reapreció. En los primeros meses, y en los dias que correspondian á su época menstrual, tenia un ligero escurrimiento y dolores lumbares, pero sin importancia. El coito era un poco doloroso y lo es todavia hoy. Pero podemos decir que el objeto se alcanzó y que la enferma quedó curada de sus males.

En Mayo de 1883, el exámen demostró que no habia modificacion alguna en los órganos genitales ni de la voz; la Sra. B., ántes muy nerviosa, está tranquila. El útero ha disminuido notablemente de volúmen: mide 7$^{c.}$ [1].

Atresia útero-vaginal.—Para terminar lo relativo al útero, diremos en pocas palabras algo sobre las atresias uterinas y vaginales que trataremos en conjunto, vistas las múltiples relaciones que tienen entre sí.

Estos diversos estados que impiden que la menstruacion se efectúe regular y fisiológicamente, pue-

1 Esta supresion de las hemorragias con disminucion de volúmen del útero, nos haria sospechar la existencia de un fibroma desconocido, si Jentzer no hubiese tenido el cuidado de desechar este diagnòstico.

den encontrarse en una parte ó en todo el canal vaginal ó uterino. En cualquier caso dependen de lesiones congénitas ó adquiridas. En las de la primera categoría, tenemos la ausencia del útero y de la vagina, las diferentes variedades de útero rudimentario, fetal, infantil y pubecente cuando la vagina se encuentra más ó ménos estrecha. Las que pertenecen á la segunda variedad, resultan de ulceraciones ó gangrenas consecutivas á partos laboriosos ó bien á enfermedades generales graves como la fiebre tifoidea, el tifo, el sarampion y la difteria, de quemaduras por inyecciones cáusticas, de traumatismos, de ulceraciones sifilíticas y en fin de endometritis.

Hay casos de estrechamientos cicatriciales del canal cérvico uterino por maniobras operatorias, como la amputacion del cuello, el uso de la cucharilla de acero y las cauterizaciones del cuello, con nitrato de plata, de que muchas veces los médicos son los únicos responsables.

En estos casos la idea de la castracion ha sido puesta en práctica. Battey, Peaslee y Pean han obtenido buenos resultados[1].

Se han observado mujeres con útero rudimentario en las que el ovario funciona normalmente sin que se hubiese notado fonómeno doloroso. Otras se han visto soportar por años enteros y sin que resulte ningun inconveniente para el estado general, fenómenos desagradables, tales como dolores irradiados á la pélvis, al vientre, sensacion de presion en la region pelviana y fenómenos congestivos en otros órganos.

Si bien es cierto que hay mujeres que se habitúan al sufrimiento y soportan ésto con una resigna-

1 Battey tuvo la idea de la castracion con motivo de una atresia vaginal que terminó por la muerte.

cion espartana, las hay que ya en estos casos, ó porque los accidentes que se desarrollan sean más graves, como fenómenos congestivos inquietantes, hemorragias en otros órganos, perturbaciones nerviosas muy marcadas, epilepsía, etc., ocurren al médico suplicándole les haga tolerable por cualquier medio la vida que llevan y que más de una vez les ha hecho pensar en el suicidio.

Si el asunto no presenta sérias dificultades y sí muchas esperanzas de restablecer la permeabilidad del canal en los hechos de obliteraciones incompletas, como en las adherencias vaginales y en las retracciones cicatriciales cérvico-uterinas; no sucede lo mismo cuando se trata de abrir una brecha hasta el útero en los casos de oclusion vaginal ya congénita, ya adquirida. En estos casos se ha recurrido á varios procedimientos; ya empleando un instrumento romo para dilacerar los tegidos lentamente, procedimiento de Amussat, ó el gálvano-cáustico, Lefort, ó bien el bísturi, Dupuytren. Esta operacion no está exenta de dificultades y peligros, pues en muchos casos han quedado las operaciones incompletas y se han interesado los órganos cercanos. Boyer y Dupuytren consideran la operacion como fatal, y segun Puech, sobre 28 operaciones por atresia congénita de la vagina hubo dos incompletas y 6 muertes; sobre 33 por atresia adquirida, hubo 8 operaciones incompletas y 6 casos de muerte.

Dubois y Baker-Brown, hacen la puncion por el recto para dar salida á la sangre y cuágulos que se acumulan en el útero y trompa distendidos. Esta no es más que una operacion paliativa, y además no siempre es inocente, pues Ant. Dubois perdió una enferma por peritonitis. Como es necesario repetirla á menudo, se puede determinar la formacion de una

fístula útero-rectal que puede llegar á ser de fatales consecuencias por la penetracion de gases y materias fecales en el foco sanguíneo.

No haremos, sino mencionar la operacion de Simon, que consiste en evacuar la sangre por la vegiga por medio de la puncion, cuando la cavidad llena de sangre, es poco accesible.

De estos diversos medios de tratamiento, el único que puede proporcionar una curacion radical es la restauracion del canal. Pero este resultado no se obtiene en todos los casos y cuando se consigue es á cambio de sérios peligros. Además, se tiene que ya porque la nueva vía no se dirija exactamente con la cavidad del útero, ó porque en los casos de ausencia vaginal el útero falte ó se encuentre rudimentario, el cirujano no llega á realizar su intento.

En estas condiciones ó cuando el tabique uretro-rectal es muy delgado, que haga imposible toda tentativa de restauracion, creemos que no se debe esperar más, y el único recurso que hay que oponer á los sufrimientos de estas mujeres es la castracion, operacion que las librará radicalmente de sus padecimientos, si se tiene el cuidado de no practicarla muy tarde, cuando se hayan desarrollado alteraciones irremediables.

Peaslee y Gilmore, fueron los que establecieron esta indicacion, aceptada por los adeptos de la operacion de Battey.

Tomamos una observacion de la obra citada de Pean que con gusto publicamos y en la que resaltan las dificultades que surgen en algunos casos al llenar esta indicacion.

OBSERVACION VIII.

Ausencia de la vagina y atrofia del útero.—Castracion.—Curacion, por M. Pean.

"Mad. Cherrou, de edad 31 años, morfiómana, se presenta á mi servicio de "S. Louis," el 2 de Abril de 1864; se queja cada mes de neuralgias violentas, desde la edad de 18 años, en el aparato génito-uterino. El dolor se exacerba por la palpacion en el hipogastrio: disminuye, sin desaparecer, en el intervalo de las reglas y se acompaña de hematuria mensual.

"La cara está lívida, ansiosa, hinchada, así como el resto de la superficie del cuerpo.

"La vista y el tacto rectal demuestran que la vulva solamente está completa: que la vagina falta y que el útero está atrofiado. Las crísis amenazan la existencia en poco tiempo; propongo la castracion que es el único recurso, y es aceptada con complacencia.

"Abril 7.—La incision hecha en el hipogastrio hace ver que las páredes abdominales están cargadas de grasa y edematosas: que hay acitis; que las asas del intestino delgado, las primeras que se presentan, se encuentran rojas é inflamadas. Separo con el índice y el medio izquierdos estas asas que se adhieren entre sí y la cara anterior de la pélvis; observo abajo de ellas, otras adherencias gruesas, difíciles de romper, enmedio de las cuales reconozco el color iliaco y su pliegue mesaraico. Siguiendo mis investigaciones, siento el ovario izquierdo de volúmen triple. Le desprendo de sus adherencias, le atraigo entre los dedos, cojo abajo de la trompa del mismo lado con una pinza destinada á la hemóstasis; despues coloco abajo de ella, sobre el ligamento ancho correspondiente, dos ligaduras parciales y una total; entonces observo que este ovario está lleno de quistes sanguíneos, negruscos, de los cuales, el más grande tiene el tamaño de una nuez; y que el útero atrofiado es apénas reconocible. Tomo este como guía para llegar al ovario y trompa del lado opuesto; descubro entonces el ligamento redondo, despues dos masas quísticas, la una redondeada del volúmen da una manzana, y la otra cilíndrica, menos desarrollada. Estos quistes están de tal manera adheridos al intestino, al útero y á las paredes de la pélvis que me costó mucho trabajo aislarlos y atraerlos. Estas maniobras determinan la desgarradura del quiste grande y la salida de un chorro de sangre antigua, negrusca, que cae en el fondo de la pélvis á pesar de los cuidados que tomo para detenerla por medio de esponjas. La evacuacion de este quiste, me permite llevarlo à la herida y reconozco que ha tomado orígen en el ovario derecho, y que el otro está constituido por la trompa dilatada, hipertrofiada y vascularizada. El ligamento ancho, siendo más largo de este lado, nos fué fácil colocarle una buena pinza y ligarlo. Terminado este tiempo, reseco hàcia afuera de las pinzas los dos ovarios y las dos trompas; limpio con paños y esponjas el foco de peritonitis enquistado y coloco un tubo de canalizacion que sale por el ángulo inferior de la he-

rida. Renozco que no habia ningun vestigio de vagina, y suturo la herida abdominal, como de costumbre.

«La marcha fué muy feliz. Desde el primer dia la operada se encuentra contenta porque se ha libertado de sus sufrimientos. El segundo dia quito el tubo que habia facilitado la salida de una poca de sangre del fondo de la pélvis. El pulso no se eleva á más de 100 y la temperatura de 38°. El décimo dia la enferma se levanta, y el décimo quinto estaba capaz de volver á sus ocupaciones. Desde entónces ya no sufre.»

Vamos á terminar diciendo algo sobre la inflamacion crónica de las trompas, del peritoneo pelviano y del tegido celular peri-uterino. Para estos estados se ha recomendado la castracion, sin que comprendamos el motivo.

Estas afecciones, ya sea que se desarrollen expontáneamente, ya sea que reconozcan como causa una inflamacion de los órganos pelvianos, llegan á ceder á los medios empleados por la terapéutica. Pero puede suceder que la afeccion continúe su desarrollo y comprometa los órganos cercanos; entónces aparecen los síntomas que pudieran hacer pensar en la castracion.

Las lesiones del ovario son las que se observan con más frecuencia, acentuándose entónces las perturbaciones menstruales y nerviosas, y acusando las enfermas un dolor en la region ovárica. El ovario y los puntos inmediatos son particularmente sensibles á la presion, y esta sensibilidad aumenta en la época de las reglas. Agregaremos, en fin, que estas lesiones pueden ser el orígen de una neurósis.

Además de ésto, hay otros casos en los que los dolores no parecen proceder del ovario; entónces tienen su sitio en el útero, encontrándose en estas circunstancias este órgano, desalojado, doblado, con modificaciones en su estructura y siendo el sitio de

fenómenos congestivos é irritantes debidos á la menstruacion.

Los padecimientos que nos ocupan, deben pues, ser tratados por los medios apropiados. Cuando estos fracasen hay que pensar en la existencia casi segura de alteraciones más ó ménos profundas, desarrolladas primitiva ó consecutivamente en el útero y los ovarios. Y solo entónces, como lo hemos expuesto ya, es cuando está indicada la castracion; fuera de estas circunstancias, juzgamos la intervencion no solo inoportuna, sino de sérias consecuencias por tener que operar en medio de tegidos eminentemente vasculares y de reaccion muy viva.

El estudio que sobre las indicaciones de la castracion hemos hecho, nos conduce á establecer las conclusiones siguientes:

La Castracion está indicada:

1°.—En los casos de fibromas uterinos, especialmente en la variedad intersticial, acompañadas de hemorragias incoercibles.

2°.—En las desviaciones uterinas avanzadas, irremediables por los medios ordinarios.

3°.—En ciertas atresias útero-vaginales.

4°.—En algunas lesiones del ovario, como las ovaritis crónica y quística.

5°.—Y aun puede recomendarse en las dismenorreas nerviosas y crísis histeriformes, que resisten á todos los tratamientos empleados y hacen la vida insoportable.

6°.—La operacion es inadmisible, en las perturbaciones neuropáticas ó mentales; sin objeto y peligrosa, en las pélvis peritonitis y salpingitis crónicas, cuando no son de orígen ovárico; criminal, en la ninfomanía y la masturbacion.

OPERACION

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.

No nos ocuparemos en describir el instrumental de la operacion, que como se sabe, es distinto, segun se opere por la vagina ó por la vía abdominal, ni de los preceptos generales de conducta operatocia que ya hemos expuesto. Solo analizaremos algunos detalles de la operacion.

Para llegar á los ovarios, los primeros cirujanos que practicaron la operacion, emplearon dos métodos principales. Los unos hacian la castracion por la vía vaginal: los otros por la vía abdominal.

En estos últimos tiempos la práctica adelantada de la antisepsia ha hecho preferir la laparotomía, hoy dia casi generalmente seguida por todos los cirujanos. La castracion vaginal no tiene ya sino muy pocos partidarios, especialmente en Inglaterra y los Estados-Unidos; sin embargo ha dado buenos resultados, y en ciertos casos parece que puede prestar sus servicios.

Castracion vaginal.—Este método consiste en hacer una incision vaginal de 4 centímetros en el fondo de saco posterior, estando la mujer en la posicion lateral de Sims, y atraer hácia afuera de esta herida los ovarios, que se pediculizan y ligan.

Durante mucho tiempo, ha gozado de gran re-

putacion, sobre todo en los Estados-Unidos donde ha rivalizado con el método abdominal.

Sus partidarios le reconocen algunas ventajas; evita del contacto del aire y de los instrumentos, á las vísceras abdominales, particularmente el intestino; suprime casi del todo las hernias intestinales durante la operacion; por su situacion en declive, los líquidos secretados por la herida escurren fácilmente, y en fin, la incision vaginal cicatriza mas pronto que la cutánea.

Al lado de estas ventajas, veamos los inconvenientes, que no son pocos, y que no carecen de importancia. El peritoneo se adhiere muy poco á la pared vaginal, existiendo algunas veces entre estos dos órganos una gruesa capa de tegido celular flojo, que es indispensable dividir ántes de llegar á la serosa, y que puede infiltrarse con facilidad; la avertura del fondo de saco posterior, como la de la cavidad peritoneal, cuando se opera en el fondo de una cavidad, es á menudo más difícil y peligrosa de lo que se cree; la tension de los ligamentos puede ser tal, aún cuando todo es normal, que es difícil atraer el ovario hácia abajo. El fondo de saco de Douglas, está situado muy alto cuando existen fibromas. Pero la verdadera causa que ha impedido se siga la vía vaginal, son los obstáculos que se presentan en la mayoría de los casos, para llevar los ovarios á la incision.

En los casos de fibromas que llenan casi toda la pélvis, la introduccion de la mano es casi imposible. En los de adherencias del ovario, es difícil atraerlos á la herida. Goodell refiere que dos veces tuvo que interrumpir la extirpacion de los ovarios por la vagina, á causa de adherencias que no pudo diagnosticar de antemano. Hegar, se vió precisado á

terminar por la incision supra-púbica una castracion vaginal. Battey[1], uno de los que más han operado por la vagina, dice: "tres de mis casos practidados por la incision vaginal no fueron seguidos de éxito porque los ovarios no pudieron ser extirpados completamente. En suma, es más fácil quitar los ovarios por la *seccion abdominal* que se debe preferir sobre todo, cuando se sospeche la existencia de adherencias."

Por último, agregaremos que para formar el pedículo, se está obligado á hacerlo á atientas, y que en caso de hemorragias ó de adherencias, es imposible ampliar la incision.

Por todos estos motivos el método abdominal ha sido casi abandonado, y solo cuando se está seguro de que no hay adherencias, y que los dos ovarios se sienten perfectamente en el fondo de saco de Douglas, se debe adoptar esta vía.

Castracion hipogástrica.—La vía abdominal es sin contradiccion la más cómoda para el operador, la sola que puede permitir una exploracion atenta del vientre y encontrar los ovarios. La castracion ha sido practicada por esta vía de muchas maneras: los unos han empleado una incision mediana, única, de la pared abdominal; los otros, en corto número, que juzgan más fácil y ménos peligroso alcanzar inmediatamente los ovarios, han practicado incisiones oblícuas, (método de Flanken), en cada una de las fosas iliacas, al nivel del punto en que ellos residen normalmente; en fin, ciertos cirujanos se aseguran ántes de la operacion, de la situacion de esos órganos, cuando están desalojados y cortan la pared abdominal, inmediatamente arriba de ellos.

1. Anneles de Gynécologie. 1878.—Pág. 191.

El método de incisiones bilaterales, puede procurar mayor facilidad de extirpacion. Sobre todo, cuando un exámen prévio ha revelado la posicion de los ovarios; pero tiene el inconveniente de la duplicidad de la incision, que no se puede ampliar sin provocar una hemorragia que puede ser séria, y además expone á los accidentes consecutivos á todas las heridas que interesan la pared abdominal, y que resultan de la debilidad de la cicatriz, hernias ventrales. Hegar ha recurrido dos veces á este procedimiento que es muy practicable cuando la glándula guarda su situacion normal, y no está inmovilizada en los exudados plásticos; pero es fácil comprender que la diseccion de las adherencias y la investigacion en la profundidad de la pélvis serán imposibles en las pequeñas incisiones laterales.

Como estas maniobras serán frecuentemente necesarias cuando el ligamento ancho es corto ó cuando el ovario está adherido al útero, se debe admitir que la seccion mediana es preferible y mucho más cuando se trata de fibromas uterinos, en que el cirujano debe tener presente, que si la ablacion de los ovarios es difícil y peligrosa, debe inmediatamente proceder á la extirpacion del tumor. Por estos motivos se debe preferir la incision en la línea blanca.

Incision mediana.—Tal es la importancia que ha adquirido este método, que hay cirujanos que lo prefieren y practican en todos los casos, aún cuando sea necesario efectuar una segunda vez la abertura del vientre en una enferma.

Este método del cual puede decirse, que comparado con los otros no tiene inconvenientes, presenta grandes ventajas. Se llega con más facilidad á los dos ovarios, la hemorragia es menor, y ademas permite agrandar la incision con ménos peligro.

La incision comienza á dos ó tres centímetros arriba de la sínfisis del púbis. ¿Cuál será la extension que se le deba dar? Si se hace grande, se expone á la salida de los intestinos fuera de la herida, y se cria una predisposicion para una hernia ventral. Si pequeña, como en estos casos las paredes abdominales no sufren como cuando se trata de grandes quístes del ovario por mucho tiempo una distension progresiva y contínua que las dilate y adelgace, se encuentran tensas; expone á no poder hacer la exploracion sino difícilmente, maltratando los lábios de la herida. Cuando las paredes están cargadas de grasa, las dificultades son mayores y difícil será no solo llegar á los ovarios, sino introducir la mano. La mejor incision será aquella que sin ser grande, permita maniobrar bien y no exponga á maltratar los bordes de la herida. Battey recomienda una incision de 5 á 6 centímetros, Hegar una de 6 á 8 centímetros, Duplay y el Profesor San Juan, han operado con incisiones de 10 á 12 centímetros.

Al hacer la incision, se divide la piel, el tegido celular subcutáneo, la aponevrósis resistente que constituye la línea blanca y el tegido celular subaponevrótico. La hemorragia que se produce, á pesar de no ser considerable, puede perturbar el curso de la operacion; y es conveniente y necesario ligar todas las arterias que den sangre, sin lo cual no se puede seguir al segundo y más importante tiempo de la incision.

La division del peritoneo es un tiempo que exige alguna destreza: es necesario tomar aquel con un tenáculo fino ó con una pinza delgada, y dividirlo con un bísturi tendido de plano: se introducen despues dos dedos que se separan y llevan abajo y arriba de la serosa para facilitar la incision, que se hará con

bísturi botonado ó con tijeras romas y acodadas; teniendo siempre cuidado de no herir el intestino que se encuentra debajo. Como la incision es baja, pudiera suceder que por desgracia se abriese la vejiga, y como precaucion, debe sondeársele ántes de la operacion.

Tan luego como se ha abierto la serosa, se introducen una ó dos esponjas grandes para alejar las víceras, de la incision. Hegar recomienda poner provicionalmente una sutura con el fin de unir la serosa con los tegumentos abdominales, para impedir hasta donde sea posible la hemorragia de los lábios de la herida, y evitar que deslicen sus diversos planos. Se introduce en seguida el índice y el medio de la mano izquierda en la pélvis, y se va á buscar el fondo del útero que debe servir de punto de partida, de donde se dirigen hácia afuera abrazando la extremidad superior del ligamento ancho; la trompa de Falopio da una cesacion característica que permite seguirla fácilmente, y por último, á media altura del ligamento ancho, el dedo colocado hácia atras, encuentra un pequeño cuerpo que reconoce y es el ovario.

Despues de esto hay que llevar el ovario á la herida, para lo cual es conveniente auxiliarse del pulgar. Pero como quiera que no siempre este tiempo se hace de la misma manera, ni presenta las mismas dificultades, hay que considerarlo separadamente segun que el ovario se encuentre libre de adherencias, complicado de hidro-pio-salpingitis, etc. ó que se halle adherido á la pélvis.

Cuando el ovario está libre de adherencias y que su ligamento sea muy flojo para permitir la emigracion, la cosa es fácil, á no ser que las asas intestinales vengan á deslizar delante de ellos, en cuyo

caso se separan con el dedo; ó que se encuentre el ovario situado profundamente, y entónces, introduciendo el dedo en la vagina, se levanta el útero y el ligamento ancho del lado correspondiente. Si el ligamento es corto, puede suceder que ceda á tracciones dirigidas cuidadosamente, como lo recomienda Hegar; pero los esfuerzos pueden ser inútiles, y las tracciones no hacen más que mortificar los labios de la herida, tanto más, cuanto la abertura es estrecha. El ovario apénas es llevado entónces hasta un punto intermedio á la incision y la pélvis: las dificultades aumentan, y hay necsidad de pasar con una aguja curva hilos de ligadura y resecar sin el auxilio de la vista. En este momento hay que fijar la atencion para no herir el epiplon y el intestino, los que se deben mantener en buen lugar, é impedir que caigan en el fondo de la pélvis; los bordes de la herida deben separarse para dar el suficiente campo al operador.

En los casos de fibromas, sobre todo cuando se implantan en la cara anterior del útero, lo que es raro, se tiene verdadera dificultad para llegar á los ovarios, pues son rechazados á la concavidad sacra, y la mano impedida entónces por el volúmen del tumor que llena casi toda la excavacion pélvica, no puede llegar á ellos. Se ha aconsejado (Freund) en todos casos, imprimir al tumor un movimiento de rotacion al rededor del eje uterino, de manera de llevar hácia adelante tanto cuanto sea posible el ligamento ancho y los anexos, primero de un lado y despues del otro.

Cuando la trompa se encuentra distendida ó se trata de un quiste tubo-ovárico, es necesario tomar precauciones, porque su ruptura se produciria fácilmente y permitiria el escurrimiento del contenido

en la cavidad peritoneal. En este caso es del todo conveniente agrandar la abertura y colocar en seguida una esponja para que se impregne del líquido que pudiera escaparse. Hecho esto, hay que aplicar la ligadura: el ovario que puede ser llevado á la herida entre los dedos, se fija por medio de un gran tenáculo ó de una fuerte pinza. Deprimiendo los labios de la incision, se pone á la vista la trompa y una porcion del útero. El operador se coloca entónces enfrente de la luz para ver cómo pasa atraves del ligamento ancho y sin herir los vasos, la asa destinada á formar la doble ligadura. La asa se divide y se sierran los hilos separadamente, ó sólo se hace el nudo de Staffordshire,[1] tan recomendado para el caso por Lawson Tait.

Y si el ovario se encuentra adherido á la pélvis, y sus adherencias son poco numerosas y sin gran resistencia, la traccion digital por lo comun basta para destruirlas; pero cuando son numerosas, extensas, que comprenden la trompa, el útero y los órganos vecinos como el epiplon, el intestino, la vejiga y los grandes vasos, entónces, para obrar con libertad es necesario ampliar el campo de la operacion, prolongando la incision ó haciendo otra en direccion de la fosa iliaca correspondiente. Las adherencias que resisten á traccion digital serán resecadas con el bísturi, teniendo siempre la precaucion de ligar los vasos que den sangre. En estas circunstancias, el pedículo es ancho, la ligadura en masa no debe hacerse aun cuando el ligamento sea resistente: será preferible colocar ligaduras múltiples con el fin de oponerse á la retraccion de los tejidos y al desliza-

1 Este nudo fija igualmente las partes en dos asas que se entrecruzan como dos anillos.

miento de la ligadura que sería de graves consecuencias.

Para terminar lo relativo á la formacion del pedículo, á lo anterior añadiremos, que cuando el ovario ha sido llevado á la herida y todo es normal, una sola ligadura basta; pero cuando está crecido por alguna degeneracion ó se encuentra rodeado de falsas membranas que lo inmovilizan, entónces la hemostásis no podrá ser asegurada sin el empleo de ligaduras múltiples. Si los vasos fuesen visibles y poco numerosos, se ligarán aisladamente. Para ligar el pedículo se usa el cadgut y de preferencia la seda fenicada, y para dividirlo unos emplean las tijeras simplemente; otros, como Hegar, aplican al principio un pequeño *cautery-clamp*, y seccionan las partes fijadas, con el termo-cauterio. Se llenan así dos indicaciones: primera, la hemostásis y la desinfeccion; y segunda, la destruccion de las partículas de tejido ovárico que se escapan con frecuencia á la operacion más minuciosa. Igualmente recomiendan no reducir el pedículo, sino despues de haber hecho su expresion, que tiene por objeto vaciar los vasos y evitar así las inflamaciones subsecuentes. Battey prefiere hacer la seccion con el constrictor: siguiendo este procedimiento ha obtenido buenos resultados y nunca ha observado una hemorragia consecutiva.

En seguida hay que hacer el aseo de la cavidad, ya empleando el método antiséptico ó como lo quiere Tait, simplemente la asépsia. De cualquier manera, lo importante es no dejar en la cavidad ningun líquido ó cuerpo extraño, esponjeando y secando completamente la pélvis. Esta práctica es de tal importancia, que Savage[1], de Birminghan, juzga que de

1 Emmet, Maladies des femmes, 1887.

ella, mas bien que de todos los otros detalles operatorios reunidos, depende la vida de la enferma.

En cuanto al tratamiento intra ó extra-peritoneal del pedículo, la cuestion no parece del todo resuelta: sin embargo, el tratamiento intra-peritoneal, instituido por Baker-Brown, y seguido con tan buen éxito por Keith en la ovariotomía, es el generalmente adoptado para la operacion de Battey; y solo cuando el pedículo es resistente y vascular, que hay que vigilarle, se le fija á la herida, ó cuando se quiera corregir á la vez una desviacion uterina por cualquiera causa, el tratamiento de Kœberle, empleado para la retroversion, seria aplicable.

Parece inútil extendernos á la observancia de las prácticas de la cirujía antiséptica, aplicada á esta operacion, y á las que Hegar atribuye los mas brillantes resultados.

Para terminar lo relativo á la operacion, expondremos una modificacion introducida por el ginecologista inglés Lawson Tait.

Esta modificacion importante, para algunos, ha hecho que en la ciencia se conozca la operacion modificada con el nombre de *Operacion de Tait*, y que su autor figure, tanto en Inglaterra como en todas las partes en donde se practica la oforectomía, al lado de Battey y Hegar.

Penetrado de la idea de que la trompa desempeña el principal papel en la menstruacion, cree Tait que toda ablacion de los ovarios no tendrá resultado si no se quita al mismo tiempo la trompa; seria éste el secreto de todas las menstruaciones que persisten despues de la ovariotomía, y la razon de los chascos terapéuticos por la oforectomía. Los primeros éxitos que obtuvo, le hicieron confirmar y publicar sus ideas, y su operacion no tardó en ser acep-

tada y practicada por sus compatriotas y en los Estados Unidos.

Estudiando aun mas las primeras teorías que le habian inducido á modificar el procedimiento de Hegar y Battey, Tait, llega á pretender que la extirpacion de los ovarios no era necesaria para obtener la menopausa artificial, y que la exision de la trompa debia bastar; y por lo tanto, cree, que cuando los ovarios están adheridos y difíciles de pediculizar, no hay que insistir en quitarlos, pues que la diseccion de la trompa es suficiente; pero cuando no se alcanza el resultado que se busca, el cirujano inglés no vacila en renovar la operacion para quitar el ovario y los restos de la trompa que hubiesen escapado, y como nada teme, declara que repetiría su ensayo, una tercera vez si fuese necesario; pues para él, una laparotomía es ménos peligrosa que una puncion, y nadie teme hacer un gran número de punciones exploradoras en un vientre enfermo.

Con todo, el método no ha sido seguido por los ginecologistas, y lo que se ha obtenido por su modificacion, es que se recomiende quitar con los ovarios, el pabellon de la trompa á fin de estar seguro que no se deja tejido ovárico (Thomas, Bantok, Duplay, etc.)

Hasta aquí nos hemos ocupado solamente de la operacion bilateral, la única que puede dar siempre el resultado que el cirujano se propone, la menopausa; pero hay circunstancias en que debe hacerla unilateral, con el fin de dejar á la mujer sus aptitudes genésicas, cuya conservacion es de la mas alta trascendencia; pues si como está probado, no es necesario que los ovarios se hallen manifiestamente alterados para que se produzcan las perturbaciones que se refieran á la esfera genital, sucede que cuando las

lesiones son claras, solamente uno de los dos se encuentra alterado, como en la ovarítis crónica, la ovarítis quística, quistes tubo-ováricos, etc. En estos casos, y cuando en el momento de la operacion el cirujano comprenda que la lesion se circunscribe á uno de los ovarios, estando conservada la integridad del otro, debe llevar su accion solo sobre el que está afectado, respetando el sano, que puede ser útil á la mujer; porque si hay razon para intervenir en determinados casos, no la hay ménos para que en otros se conserven los atributos del sexo.

Accidentes y complicaciones.—Durante la operacion, cuando los ovarios se encuentran alterados, se han confundido con otros órganos, que se reconocieron en ese momento; pero un error que no deja de ser un accidente, es el extirpar un fibroma, ó un pequeño quiste de la trompa ó del ligamento ancho, creyendo que era realmente el órgano que se trataba de quitar.

En el segundo tiempo de la operacion, ó inmediatamente despues, se han producido hemorragias de graves consecuencias, sobre todo, cuando los tejidos se encuentran degenerados, que hay gran dificultad en ligar los vasos. Hegar en un caso análogo, ha tenido que interrumpir la operacion y terminar por la histerotomía supra-vaginal. Otro accidente más grave aún, y que puede determinar la muerte, es el que se refiere á las hemorragias que se producen cuando el pedículo es muy grueso ó resistente, ya sea porque la ligadura deslice, ya porque el pedículo mismo tienda á sustraerse y escaparse. Leopold, (Vautrin ob. cit. pág. 319) perdió una de sus operadas por esta causa, y Hegar en 76 operaciones de varios cirujanos, registra tres muertes por hemorra-

gias post-operatorias.[1] En este caso se abre el vientre, se hace el aseo perfecto de la cavidad, se aplican las ligaduras suficientes, haciendo la hemostásis mas completa, y si se cree conveniente, se establece el *drainage*.

Entre las complicaciones, se señala la peritonítis, atribuida á una antisépcia incompleta, á la exposicion prolongada de los intestinos al aire, ó á las maniobras que tienen por objeto la investigacion de los ovarios, sobre todo, en caso de fibromas voluminosos. Esta es una complicacion que puede retardar la çuracion.

La septicémia y la peritonítis séptica, son segun Hegar, una de las complicaciones á que mas sucumben las enfermas; en las dos terceras partes de las defunciones se señalan sus influencias.

La oclucion intestinal, debida á adherencias epiplóicas ó á la aprehension del tubo digestivo por falsas membranas, es una complicacion que puede terminar fatalmente. Hegar, ha perdido tres de sus operadas por este motivo.

Hay todavía otras complicaciones, cómo los abcesos pelvianos, las metrostaxis, las parotiditis, etc., ménos importantes.

1 Hegar, no ha perdido ni uua operada por este accidente.

APRECIACION

La castracion, como todas las operaciones nuevas y de importancia, ha suscitado acaloradas discusiones, no escapando á la severa crítica de sus enemigos.

Se le reprocha practicarse en afecciones que no ocasionan la muerte: esto tal vez es cierto, pero debemos responder como lo hemos dicho en otro lugar, que no es del todo necesario que la vida esté amenazada; basta que sea insoportable para justificar la intervencion.

Se acusa la ligereza con que proceden algunos cirujanos, interviniendo en circunstancias en que el estado de la enferma no justifica una grave resolucion. Si bien es cierto que se separan muchas veces de los preceptos que norman la conducta, falta es esta de quien la comete, mas no de la operacion; y esto no tan sólo pasa con la que nos ocupa, sino

tambien con otras muchas que exijen talento y buena fé para obrar.

Sus resultados no son puestos en duda, pues como lo hemos visto, pág. 43 se obtiene casi siempre el fin que se desea; y para más detalles véamos las obras de Hegar, Lawson Tait; etc., que tratan exclusivamente la materia.

Pero no sucede así en la mortalidad. Este es el gran argumento de sus detractores, que la elevan á más de un 20 p%. Mas si se atiende á los estados graves que está destinada á remediar, se verá que los éxitos no pueden ser más admirables. Por otra parte, ¿cuántas operaciones hay, excepto la ovariotomía, para remediar accidentes tan importantes que tengan estadísticas más seductoras? Comparemos las estadísticas de las grandes operaciones, y veremos que lo que ménos puede oponérsele á la Oforectomía, es su mortalidad.

La operacion del trépano, segun Sedillot, da un 60 p%.

La cistotomía supra-púbica, segun Gross, da un 21 p%, y segun Muray Humphry un 30,3 p%.

Las estadísticas de la operacion de la *Hernia extrangulada*, varía segun los autores de un 40 á un 78 p%.—Otras más favorables, teniendo en consideracion la época en que se interviene, de un 17 á un 40 p%.

Las *amputaciones*, dan segun Spence, un 30 p%.

La *reseccion coxo-femoral*, segun Saxtorph, un 40 p%.

La *operacion de la talla*, por término medio, (Lefort) un 14,3 p%.

La *amputacion del cuerpo del útero canceroso*, le dió á Hegar en 93 operaciones, 63 muertes y 4 operaciones incompletas.

Ante estas cifras, véamos cuales son las que representan la mortalidad de la castracion.

Hegar, en 50 operaciones, tuvo 7 muertes, ó sea un 14 p$\frac{o}{o}$.

Lawson Tait, en 1881, sobre 70 operaciones, tuvo 6 muertes, ó sea un 8 p$\frac{o}{o}$, haciendo notar que 5 operaciones fueron incompletas.

Vautrin ha reunido 61 nuevas operaciones, con 8 muertes, lo que da un 13,1 p$\frac{o}{o}$.

Wiedow, en una memoria, reune un total de 149 operaciones, con 15 muertes, lo que da una mortalidad de 10 p$\frac{o}{o}$.

Gaillard Thomas, en 1882, en 61 operaciones cuenta 3 muertes, lo que da un 4,91 p$\frac{o}{o}$.

Lawson Tait, en 1883, nota solamente 2 muertes en 50 operaciones; y en 1884 en 58 casos no tuvo uno sólo de muerte.

Su compatriota Savage, ha caminado últimamente con la misma fortuna, y en 40 operaciones no cita un sólo caso desgraciado.

Estas cifras, con elocuencia irrefutable demuestran que por más esfuerzos de imaginacion que se hagan, nunca se llegará al 20 p$\frac{o}{o}$, señalado por los enemigos de la operacion.

Nos queda únicamente por examinar una cuestion á la que se le ha querido dar mucho valor. Se dice que las operadas pierden las cualidades de su sexo. En lo que concierne á la maternidad, destruye naturalmente la funcion; pero debemos advertir que en la mayoría de los casos en que está indicada la castracion, era de antemano imposible la concepcion. L. Tait, entre otros, asegura que en 99 p$\frac{o}{o}$ de sus operadas, los ovarios se encontraban á tal grado alterados, que juzga que la concepcion era imposible.

En esto muy bien puede tener razon el cirujano

de Birminghan, pues no se concibe que sin lesiones aunque insignificantes, haya perturbaciones sérias. Pero debemos hacer notar aquí que no siempre los dos ovarios están completamente alterados; y Hegar, que es sin duda el mas partidario de la castracion bilateral, recomienda que cuando un solo ovario está alterado ó que esto se reconozca en el momento de la operacion, debe hacerse la castracion unilateral, con el fin de permitir á la mujer lo que con muy buen derecho le corresponde, la posibilidad de la concepcion.

En cuanto á la pérdida de los deseos sexuales, natural sería que así fuese; pero las autoridades de Duval, Tait, Kœberle, Spencer Wells, Hegar, afirman que las exitaciones genésicas quedan normales y algunas veces sobrexitadas.

Las consideraciones que preceden nos llevan á concluir estableciendo: que la *castracion*, científicamente aplicada, siempre será un gran recurso para el cirujano, un gran remedio para las enfermas.

México, Julio de 1887.

Manuel M. de la Garza.

Police
5th Class